Formación en Psicoterapias Cognitivas Contemporáneas

Clínica de los Trastornos del Estado de Ánimo: Depresión y Trastorno Bipolar

Fundación Foro

Formación en Psicoterapias Cognitivas Contemporáneas

Clínica de los Trastornos del Estado de Ánimo:

Depresión y Trastorno Bipolar

1. Fundamentos

Los trastornos del estado de ánimo son cuadros que afectan con muchafrecuencia a las personas y se está observando un incremento significativo de laincidencia de estos cuadros en los últimos años, esperándose un crecimiento aún mayorpara las próximas décadas, fundamentalmente en el caso de la depresión.

En el caso de los trastornos bipolares la mayor difusión y conocimiento delcuadro, tanto por parte de la población en general, como por los profesionales de lasalud, conjuntamente con las mejoras en los instrumentos diagnósticos permiten quecada vez se diagnostique mejor y más tempranamente el trastorno.

La psicoterapia cognitiva es el tratamiento psicoterapéutico más investigado ydifundido para la depresión. En sus comienzos la terapia cognitiva se catapultó a nivel mundial por los éxitos terapéuticos logrados en depresión; con los años haperfeccionado sus métodos y sigue siendo uno de los tratamientos validados másefectivos para el trastorno depresivo.

Por su parte los trastornos bipolares han sido tratados principalmente conterapias farmacológicas, pero en los últimos años, avances en la investigación de lostratamientos psicoterapéuticos, fundamentalmente desde líneas cognitivas, le hanaportado nuevo vigor al trabajo con pacientes que padecen este cuadro, planteandotratamientos combinados con un grado de eficacia altamente significativo.

2. Objetivos

- ✓ Se espera que al finalizar el curso los profesionales:

- ✓ Conozcan la clínica de los trastornos del estado de ánimo.
- ✓ Sepan realizar diagnósticos diferenciales en el campo de los trastornos del estadode ánimo.
- ✓ Puedan planificar y conducir un tratamiento de orientación cognitiva para la Depresión y el Trastorno Bipolar.
- ✓ Manejen las técnicas de trabajo clínico para el tratamiento de los trastornos delestado de ánimo.
- ✓ Cuenten con elementos para realizar una buena psicoeducación.
- ✓ Reconozcan la importancia de los tratamientos combinados.
- ✓ Valoren la inclusión y participación de familiares y allegados en el trabajoclínico con personas con trastornos del estado de ánimo.
- ✓ Conozcan procedimientos para la evaluación y manejo del paciente con riesgosuicida

3. Plan didáctico

Metodología: Se trabajará fundamentalmente con exposiciones teóricas y ejerciciosprácticos.

Evaluación: Será mediante un trabajo escrito a partir de una viñeta clínica.

4. Programa sintético

Unidad 1: Clínica y tratamiento de la Depresión

Unidad 2: Clínica y tratamiento del Trastorno Bipolar

5. Programa analítico

Unidad 1: Clínica y tratamiento de la Depresión

Depresión y Distimia: diagnóstico diferencial y consideraciones clínicas.Evaluación y manejo del paciente con riesgo suicida. Intervenciones familiares ycriterios de internación. Modelo conductual de la depresión: tratamiento de activaciónconductual. El modelo cognitivo para la Depresión. Tríada cognitiva. Distorsionescognitivas. La relación terapéutica. Inventario de Depresión de Beck. Síntomasobjetivo. Planificación del tratamiento. Estructura de la sesiones. Técnicas

conductualesy cognitivas para la Depresión. Biblioterapia y psicoeducación. Medicación ytratamientos combinados.

Unidad 2: Clínica y tratamiento del Trastorno Bipolar

Clínica del Trastorno Bipolar. Diagnósticos diferenciales. El modelo cognitivopara el Trastorno Bipolar. Técnicas cognitivas y conductuales para el Trastorno Bipolar.Manejo clínico en las fases depresivas, hipomaníacas y maníacas. Psicoeducación parael paciente y sus familiares. Medicación y tratamientos combinados. Adherencia altratamiento. Intervenciones familiares. Internación. Dificultades sociales, laborales yfamiliares para las personas con Trastorno Bipolar.

6. Cronograma

El criterio del dictado de la materia será flexible para adaptarse al ritmoparticular de cada grupo. El cronograma aproximado es el siguiente:

Clases n° 1, 2 y 3: Unidad 1: Clínica y tratamiento de la Depresión.

Clases n° 4 y 5: Unidad 2: Clínica y tratamiento del Trastorno Bipolar.

7. Bibliografía

Bibliografía específica:

Este listado de textos está organizado por capítulos para facilitar la organizacióndel estudio, para cada unidad se indica la bibliografía correspondiente, especificándoseel capítulo o apartado. En algunos casos un mismo texto es utilizado para variasunidades.

Unidad 1: Clínica y tratamiento de la Depresión

— Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). [1983*]. Terapia cognitiva dela depresión.* Desclée De Brouwer. Bilbao. Prólogo, Capítulo 1: Visión general,Capítulo 2: El papel de las emociones en la terapia cognitiva, Capítulo 3: Larelación terapéutica: aplicación a la terapia cognitiva, Capítulo 4: Estructura dela sesión terapéutica, Capítulo 5: La entrevista inicial, Capítulo 7: Aplicación delas técnicas conductuales, Capítulo 8: Técnicas cognitivas, Capítulo 9:Determinación de los síntomas objetivo, Capítulo 10:

Técnicas específicas parael paciente suicida, Capítulo 12: Supuestos depresógenos y Apéndice:Materiales.

— Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Técnicas específicas para elpaciente suicida.* En Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. TerapiaCognitiva de la Depresión (Cap. 10, pp191-204). Bilbao: Desclée de Brouwer.

— Caballo, V. (comp.) (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductualde los trastornos psicológicos.* Siglo XXI. Madrid. Volumen 1: Capítulo 16:Tratamiento conductual de los depresión unipolar.

— Hyman, S. (1996). *Paciente Suicida.* En S. Hyman y G. Tesar (Eds.) Manual deurgencias Psiquiátricas (cap. 4, pp23-30). Barcelona: Masson.

— Martínez Glattli, H. (2005). *Evaluación del Riesgo de Suicidio.* Hojas Clínicasde Salud Mental, 5, 35-48.

— Pérez Barrero, S. (2005). *Los mitos sobre el suicidio: la importancia deconocerlos.* Revista Colombiana de Psiquiatría, 34 (3), 386-394.

— Rubio Domínguez, E., Diez, M., Acevedo, L., Negre, A. y Leidi, M. (2004).*Intento y riesgo suicida en la emergencia psiquiátrica.* Alcmeón, 12 (2), 34-40.

Unidad 2: Clínica y tratamiento del Trastorno Bipolar

— Akiska, y otros (comp.) (2006) *Trastornos Bipolares Conceptos clínicos,neurobiológicos y terapéuticos.* Panamericana, Buenos Aires. Capitulo 3:Psicoeducación en los trastornos Bipolares: un tratamiento consolidado y eficaz.

— Caballo, V (comp.) (1997) *Manual para el tratamiento cognitivo conductual delos Trastornos Psicológicos.* Siglo XXI Madrid. Volumen I: Capitulo 18:Tratamiento cognitivo conductual del Trastorno bipolar (Mónica Ramirez-Bascoy Michael E. TThase)

— Miklowitz, D (2004) *El trastorno bipolar. Una guía práctica para familias ypacientes.*Paidós. Barcelona. Capitulo 8: como se puede controlar el trastorno;Capitulo 9: Que hacer cuando se inicia un episodio maniaco; Capitulo 10: Quéhacer cuando se inicia un episodio depresivo.

— Newman, C y otros (2005) *El trastorno Bipolar. Una aproximación desde laterapia cognitiva*. Paidós. Barcelona. Capitulo 2: el papel de la cognición en eltrastorno bipolar y en su tratamiento
— Vieta, E, (comp) 2001. *Trastornos Bipolares. Avances clínicos y Terapéuticos*.Panamericana Madrid. Capitulo 8: La intervención familiar en el trastornobipolar, Capitulo 16: Ineficacia de la psicoterapia en los trastornos bipolares:breve revisión con un final feliz.

Bibliografía general:

— Akiska, y otros (comp.) (2006) *Trastornos Bipolares Conceptos clínicos,neurobiológicos y terapéuticos.* Panamericana, Buenos Aires.
— Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de ladepresión*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.
— Caballo, V. (comp.) (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductualde los trastornos psicológicos*. Siglo XXI. Madrid.
— Caro, I. Comp. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Paidós. Barcelona.
— Frankl, V. (1969). [1997]. *Ante el vacío existencial: Hacia una humanización dela psicoterapia.* Herder. Barcelona.
— Gagliesi, P. y otros. (2006). *Trastorno Bipolar: guía para pacientes, familiaresy allegados.* Buenos Aires.
— Miklowitz, D (2004) *El trastorno bipolar. Una guía práctica para familias ypacientes*. Paidos. Barcelona.
— Newman, C. y otros. (2005). *El trastorno bipolar. Una aproximación desde laterapia cognitiva.* Paidós. Barcelona.
— Vieta, E, (comp) 2001. *Trastornos Bipolares. Avances clínicos y Terapéuticos.* Panamericana. Madrid.

AARON T. BECK - A. JOHN RUSH - BRIAN F. SHAW - GARY EMERY

TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN

13ª Edición

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLEÉ DE BROUWER

Título de la edición original: COGNITIVE THERAPY OF DEPRESSION, publicado por THE GUILFORD PRESS, NEW YORK.

Traducción de: *Susana del Viso Pabón*

1ª edición: 1983
13ª edición: 2001

Este libro está dedicado a nuestros hijos y a los que aún están por llegar; Roy, Judith, Daniel y Alice Beck; Matthew Rush; y Stephen Shaw.

© Aaron T. Beck. John Rush, Brian Shaw and Gary Emery, 1979

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 1983
Henao, 6 - 48009 Bilbao
www.desclee.com
info@desclee.com

Printed in Spain
ISBN: 84-330-0626-6
Depósito Legal: BI-1606-01
Impresión:Bikaner Grafica,S.A.

PROLOGO

Una monografía que introduce un nuevo enfoque en el conocimiento y terapia psicológica de la depresión justifica, en cierta medida, una explicación de su desarrollo histórico.

Este trabajo es el resultado de muchos años de investigación y práctica clínica. De alguna manera, constituye el producto final de la estrecha colaboración entre numerosas personas: clínicos, investigadores y pacientes. Además de la contribución específica de todos ellos, la terapia cognitiva refleja probablemente una serie de cambios graduales que se han venido dando en las ciencias de la conducta desde hace varios años, pero que sólo recientemente ha surgido como una tendencia a tener en cuenta. No es posible, por el momento, determinar hasta qué punto ha influido la llamada "revolución cognitiva en psicología" en el desarrollo de la terapia cognitiva.

Para encuadrar el presente volúmen en su perspectiva particular, yo remitiría al lector a la primera evolución del modelo cognitivo y la terapia cognitiva de la depresión y otras neurosis, recogida en mi obra Depression, (La Depresión), publicada en 1967. Mi siguiente trabajo, Cognitive Therapy and the Emotional Disorders *(La Terapia Cognitiva y los Trastornos Emocionales), publicado en 1976, presentaba un resumen de los distintos trastornos cognitivos que se dan en cada tipo de neurosis, una descripción detallada de los principios generales de la terapia cognitiva y un perfil más comprensivo de la terapia cognitiva de la depresión.*

Los primeros orígenes de mis formulaciones referentes a la terapia cognitiva de la depresión no se me presentan demasiado claros en la actualidad. En lo que puedo recordar, las primeras ideas surgieron en 1956, cuando me propuse validar determinados conceptos psicoanalíticos acerca de la depresión. En aquella época, yo pensaba que las formulaciones psicoanalíticas eran correctas, pero que no habían logrado una aceptación generalizada debido a una cierta "resistencia" por parte de los psicólogos y psiquia-

tras teóricos, atribuible en parte a la falta de datos empíricos que apoyasen tales formulaciones. Convencido de que podían elaborarse las técnicas adecuadas para llevar a cabo los estudios controlados que fuesen necesarios, inicié una serie de investigaciones encaminadas a proporcionar datos convincentes. Un segundo motivo, quizás más fuerte que el anterior, fue mi deseo de delimitar la configuración psicológica característica de la depresión con el fin de desarrollar una forma breve de psicoterapia dirigida específicamente a mitigar esta psicopatología focal.

Los resultados iniciales de mis estudios empíricos parecían apoyar mi fe en los factores psicodinámicos específicos sobre la depresión, a saber, la hostilidad vuelta hacia sí mismo, expresada como "necesidad de sufrimiento". Sin embargo, experimentos posteriores presentaron algunos resultados inesperados que parecían contradecir esta hipótesis. Tales inconsistencias me llevaron a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente, toda la estructura del psicoanálisis.

Los datos contradictorios apuntaban hacia la idea de que los pacientes depresivos no tienen necesidad de sufrimiento alguno. Concretamente, las manipulaciones experimentales indicaron que el paciente depresivo tiende a evitar conductas que pueden generar rechazo o desaprobación, en favor de respuestas que elicitan aceptación o aprobación por parte de otros, con mayor probabilidad que el individuo no depresivo. Esta marcada discrepancia entre los resultados de laboratorio y la teoría clínica me llevó a realizar un "reajuste de emergencia" en mi sistema de creencias.

Al mismo tiempo, me hice consciente, no sin cierto dolor, de que la promesa del psicoanálisis que yo había vivido a comienzos de la década de los 50, ya no se podía mantener a mediados y finales de la misma —¡mis compañeros de estudios de psicoanálisis y otros colegas comenzaban su sexto o séptimo año de psicoanálisis sin aparente mejoría en su conducta o en sus sentimientos!—. Es más, observé que muchos de los pacientes depresivos reaccionaban negativamente a las intervenciones terapéuticas basadas en las hipótesis de la "hostilidad vuelta hacia sí mismo" y de la "necesidad de sufrimiento".

Mi reformulación total de la psicopatología de la depresión, a la vez que la de otros trastornos neuróticos, surgió de las nuevas observaciones clínicas y de los estudios experimentales y correlacionales, así como de los repetidos intentos por mi parte para intentar dar sentido a la evidencia que contradecía la teoría psicoanalítica. El resultado de que los pacientes depresivos no necesitan sufrir me animó a buscar otras explicaciones de su conducta, la cual, al menos en apariencia, parece reflejar una necesidad de sufrimiento. ¿Cómo, si no, podrían explicarse sus severas autocríticas, sus interpretaciones de experiencias agradables, y lo que podría parecer la expresión última de la hostilidad dirigida hacia sí mismo, es decir, las ideas de suicidio?

Volviendo a pensar en los sueños "masoquistas" que constituían la base de mi estudio original, busqué una amplia variedad de explicaciones alternativas de los sueños persistentes o frecuentes, en los que el paciente depresivo aparecía como una persona derrotada: frustrado tras intentar alcanzar una meta importante; perdiendo algo de valor; enfermo, anormal, o feo. Además, como me había centrado principalmente en las descripciones que los pacientes hacían de sí mismos y de sus experiencias, observé que adoptaban sistemáticamente una visión negativa de sí mismos y sus experiencias en la vida. Este tipo de visiones —similares a las imágenes que aparecían en los sueños— eran, más bien, formas distorsionadas de interpretar la realidad.

Posteriores investigaciones, incluidos el desarrollo y comprobación de nuevos instrumentos, validaron la idea de que el paciente depresivo distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa. Encontramos que el paciente depresivo tiene una visión global negativa de sí mismo, del mundo, y del futuro, que quedaba expresada dentro de un amplio rango de distorsiones cognitivas negativas. A medida que aumentaba la evidencia en apoyo del papel preponderante de las distorsiones cognitivas, intenté minimizar la sintomatología depresiva del individuo.

Con este propósito, elaboré varias técnicas para corregir las distorsiones y para ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de la información de los pacientes, técnicas basadas en la aplicación de la lógica y de reglas de evidencia.

Algunos estudios adicionales incrementaron nuestro conocimiento sobre cómo evalúa el paciente depresivo su ejecución y cómo hace predicciones acerca de su ejecución futura. Estos experimentos mostraron que, bajo determinadas condiciones, una serie de éxitos graduales que llevasen a la consecución de un objetivo claro, podría tener un considerable efecto para modificar el autoconcepto y las expectativas de carácter negativo, mitigando así la sintomatología depresiva.

Este estudio añadió un nuevo enfoque a las técnicas que yo había descrito anteriormente para corregir las distorisones cognitivas; a saber, el uso de experimentos reales para someter a prueba las creencias falsas o excesivamente negativas del paciente. Esta idea de probar hipótesis en situaciones de la vida real cristalizó en el concepto general de "empirismo colaborativo".

Tratando las experiencias cotidianas del paciente como un campo de pruebas para estudiar sus creencias acerca de sí mismo, podíamos ampliar en gran medida el proceso terapéutico: Prácticamente cualquier experiencia o interacción presentaba una oportunidad potencial para someter a prueba las predicciones e interpretaciones negativas del paciente. Así, el concepto de tareas para practicar en casa o "autoterapia ampliada", como lo denominaríamos posteriormente, incrementaba el efecto de las sesiones de terapia.

El movimiento de la terapia de conducta contribuyó sustancialmente al desarrollo de la terapia cognitiva. El conductismo metodológico, con su énfasis en los objetivos específicos, al delimitar los procedimientos concretos para lograr dichos objetivos y proporcionar feedback (retroinforma-

ción), abrió nuevas dimensiones a la terapia cognitiva (de hecho, hizo que algunos autores se refiriesen a nuestro enfoque con una nueva denominación: "terapia de conducta cognitiva").

Gran parte de esta monografía se ha escrito en base a las conferencias semanales que se han venido sucediendo durante varios años en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pennsylvania. Las conferencias consistían en la presentación de problemas concretos de los pacientes; los participantes acudían a su propia experiencia y colaboraban ofreciendo sugerencias. Estas fueron tomando cuerpo bajo la forma de manuales de tratamiento, que finalmente han culminado en el presente volumen. En estas conferencias, hubo tantos participantes que hicieron aportaciones valiosas a nuestro creciente cuerpo de conocimientos que sería imposible darles las gracias individualmente. Estamos muy agradecidos a todos los participantes, quienes, estoy seguro, son conscientes de su inapreciable ayuda.

Queremos dar las gracias especialmente a los colegas que nos han proporcionado materiales, sugerencias y comentarios sobre los distintos manuales de tratamiento previos a esta monografía. Entre los más activos figuran Marika Kovacs, David Burns, Ira Herman y Steven Hollon. Estamos en deuda con Michael Mahoney, quien leyó el manuscrito completo y apuntó numerosas sugerencias editoriales. También nos gustaría agradecer a Stirling Moorey su diligente ayuda en las últimas etapas de preparación del libro.

La contribución de Ruth L. Greenberg, desde los comienzos hasta el término de la obra, ha sido tan importante que no encontramos palabras adecuadas para expresar nuestra gratitud.

Por último, los autores presentan su sincero agradecimiento a los mecanógrafos, Lee Fleming, Marilyn Starr y Bárbara Marinelli.

Nota sobre el lenguaje "sexista": Cuando hablamos en términos generales de "el terapeuta" y "el paciente", hemos empleado el pronombre masculino ("el"). Este uso no implica en absoluto que nos estemos refiriendo únicamente a los terapeutas y pacientes de sexo masculino. Hemos mantenido la utilización tradicional debido a la simplicidad y flexibilidad que permite.

AARON T. BECK, M. D.
Mayo, 1979

CAPITULO I
VISION GENERAL

El problema de la depresión

Algunas autoridades han estimado que al menos un 12% de la población adulta ha presentado o presentará en el futuro un episodio depresivo de importancia clínica suficiente como para necesitar tratamiento (Schuyler y Katz, 1973). Durante los últimos quince años, se han publicado cientos de estudios sistemáticos referentes a las bases biológicas de la depresión y a la quimoterapia de la depresión. Varias publicaciones de la Administración, así como del sector privado, sugieren que se han dado una serie de avances definitivos en el conocimiento de la psicobiología de la depresión y en el tratamiento de esta alteración mediante quimioterapia.

A pesar de este halagüeño panorama, el clínico se enfrenta a una situación que le deja un poco perplejo. Si bien es cierto que se han dado algunos avances en la quimioterapia de la depresión, no existe evidencia de que la frecuencia de la depresión haya disminuído. Es más, la tasa de suicidios, que generalmente se toma como índice de la frecuencia de la depresión, no ha disminuído, sino que, de hecho, ha mostrado un incremento a lo largo de los últimos años. Y más aún, la ausencia de respuesta en la tasa de suicidios se hace significativa al máximo si tenemos en cuenta los grandes esfuerzos desplegados para crear y mantener una serie de centros de prevención de suicidio en todo el país.

Un informe del Instituto Nacional de Salud Mental sobre *The Deppresive Disorders* (Los Trastornos Depresivos), de Secunda, Katz, Friedman y Schuyler (1973), manifiesta que la depresión es la causa del 75% del total de hospitalizaciones psiquiátricas y que, a lo largo de un año dado, un 15% de los adultos entre 18 y 74 años puede sufrir síntomas depresivos de cierta consideración. En otro orden de cosas, los autores indican unos costes que oscilan entre 0,3 y 0,9 billones de dólares. Asimismo, los autores subrayan que "de cara a la terapia, el peso de la gran proporción de casos de depresión (el 75% del total de hospitalizaciones psiquiátricas) incide de lleno sobre las modalidades terapéuticas psicosociales".

Valor de la terapia psicológica en el tratamiento de la depresión

Parece bastante evidente la necesidad de desarrollar un tipo de terapia psicológica eficaz de cara a la depresión, determinando sus indicaciones y contraindicaciones y estableciendo su papel en el tratamiento general del paciente depresivo. Parece que la terapia psicológica se practica en distinto grado y de diferentes maneras en el tratamiento de casi todos los pacientes depresivos, por lo tanto, es de crucial importancia definir formas específicas de terapia y determinar su efectividad —de modo que el consumidor pueda saber si este servicio tan costoso está logrando algún resultado satisfactorio. Además, existen otras razones para definir y poner a prueba modalidades terapéuticas específicas.

1. Aunque, obviamente, los fármacos antidepresivos son más baratos que la terapia psicológica, existen pacientes que no responden a la medicación. Estimaciones fiables, basadas en una revisión de numerosos estudios controlados sobre la terapia farmacológica de la depresión, indican que solamente el 60-65% de los pacientes muestra una mejoría definitiva como resultado del tratamiento mediante antidepresivos tricíclicos (ver Beck, 1973, pág. 86). Partiendo de este dato, se deben desarrollar métodos para el 35-40% de los pacientes que no respondan a los antidepresivos.

2. Muchos pacientes a quienes podrían beneficiar los medicamentos, o bien se niegan a tomar la medicación por razones personales, o bien presentan efectos secundarios que obligan a abandonarla.

3. Es posible que a la larga, la dependencia excesiva de los fármacos pudiese impedir indirectamente la utilización por parte del paciente de sus propios métodos psicológicos para hacer frente a la depresión. La amplia literatura sobre la "atribución" apunta la posibilidad de que los pacientes tratados con fármacos atribuyan sus problemas a un desequilibrio químico y la mejoría, a los efectos de los medicamentos (Shapiro y Morris, 1978). Consecuentemente, como indican las investigaciones psicosociológicas, los pacientes pueden estar menos capacitados para aprovecharse de o desarrollar sus propios mecanismos para manejar la depresión. La relativamente alta tasa de recaídas de pacientes tratados con fármacos (aproximadamente el 50% durante el año siguiente a la terminación del tratamiento) indica que este argumento puede ser válido.

La sabiduría popular sugiere que un buen curso de terapia psicológica podría ser, a largo plazo, más beneficioso que la quimoterapia, ya que el paciente puede *aprender algo de su propia experiencia psicoterapéutica.* Es decir, se podría esperar que tales pacientes manejasen mucho mejor posibles depresiones ulteriores, que lograsen eliminar depresiones incipientes, o incluso que fuesen capaces de prevenir posibles depresiones.

El hecho de que la tasa de suicidios no haya disminuido a pesar del amplio uso de antidepresivos sugiere que, aunque la quimioterapia puede resolver temporalmente crisis de suicidio, no tiene efectos mantenedores

que inoculen al paciente contra un nuevo intento de suicidio en el futuro. La investigación indica que, en el paciente suicida, existe un punto psicológico central —la desesperanza (o "expectativas negativas generalizadas). Los resultados positivos obtenidos al emplear un método dirigido directamente a esta desesperanza de los pacientes depresivos indican que la terapia congnitiva puede dar lugar a un rango de "efectos antisuicidas" mayor que el producido por la quimoterapia (ver Capítulo 10).

Definición de terapia cognitiva

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones ("eventos" verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente y está capacitada, su pensamiento puede verse dominado por el esquema, "Si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un fracaso". Consecuentemente, esta persona responderá a las situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de competencia personal.

Las técnicas terapéuticas específicas utilizadas se sitúan en el marco del modelo congnitivo en psicopatología; pensamos que la terapia no puede ser aplicada con efectividad si no se tiene un conocimiento de la teoría. Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados ; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Se utilizan varias técnicas verbales para explorar la lógica subyacente y la base de las cogniciones y supuestos concretos. El paciente recibe, al principio, una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva. A continuación, aprende a reconocer, controlar y registrar sus pensamientos negativos en el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados (ver Apéndice). Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo, e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología. Por ejemplo, se discute la tendencia de los depresivos a sentirse responsables de los resultados negativos, en tanto que sistemáticamente se niegan a asumir sus propios éxitos. La terapia se centra en "síntomas objetivo" específicos (por ejemplo, los impulsos suicidas). Se identifican las cogniciones que están a la base de dichos síntomas (por ejemplo, "Mi vida es completamente inútil, carece de valor, y yo no puedo cambiarla.") y se someten a una investigación lógica y empírica.

Uno de los componentes más poderosos del modelo de psicoterapia basado en el aprendizaje es el hecho de que el paciente comienza a incorporar muchas de las técnicas que emplea el terapeuta. Por ejemplo, a menudo sucede que los pacientes se encuentran a sí mismos asumiendo espontáneamente el rol de terapeuta y cuestionándose de sus conclusiones o predicciones. Algunos ejemplos de este tipo de cuestiones que nosotros hemos observado son los siguientes: ¿A partir de qué evidencia extraigo esta conclusión? ¿Existen otras explicaciones? Realmente, ¿es tan grave la pérdida? ¿Qué perjuicio me reporta el que un extraño piense mal de mí? ¿Qué puedo perder por intentar ser más asertivo?.

Estas preguntas que el sujeto se formula a sí mismo desempeñan un papel capital en la generalización de las técnicas cognitivas de la consulta a las situaciones externas. Sin este tipo de preguntas, el individuo depresivo se ve rodeado de patrones automáticos estereotipados, fenómeno que podríamos denominar "pensamiento irreflexivo".

Las *técnicas conductuales* se emplean con los pacientes depresivos más graves no sólo para modificar la conducta, sino también para elicitar cogniciones asociadas a conductas específicas. Ya que el paciente, por lo general, necesita estas técnicas más activas al comienzo del tratamiento, presentaremos el material relacionado con las estrategias conductuales (Capítulo 7) antes de la exposición de las técnicas (Capítulo 8). Entre los materiales relacionados con las técnicas conductuales se encuentran un Cuestionario de Actividades Semanales, en el que el paciente debe registrar sus actividades cada hora: un Cuestionario de Dominio y Agrado, en el que el paciente avalúa las actividades listadas en el cuestionario anterior; y la Asignación de Tareas Graduales, en la cual el paciente emprende una serie de tareas que le llevarán a alcanzar una meta que él considera difícil o imposible. Además, las técnicas conductuales se diseñan para ayudar al paciente a someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativos.

Un problema importante con el que se enfrenta el terapeuta es el de la toma de decisiones referentes a la elección del tipo concreto de intervención, así como a la duración de ésta. Como se observará en los Capítulos 7 y 8, tanto las técnicas conductuales como las cognitivas tienen sus propias ventajas y aplicaciones dentro de la terapia cognitiva. Al paciente preocupado, inestable, le resultará difícil hacer introspección. De hecho, sus preocupaciones e ideas perseverantes pueden verse agravadas por este procedimiento. En cambio, los métodos conductuales tienen un poder relativamente mayor para contrarrestar su inercia y movilizarle hacia una actividad constructiva. Es más, probablemente una experiencia satisfactoria al lograr un objetivo conductual sea más efectiva que los métodos cognitivos a la hora de modificar pensamientos erróneos, tales como "Soy incapaz de hacer nada a derechas."

Ahora bien, aunque las técnicas sean más eficaces para modificar las falsas *creencias*, las técnicas cognitivas pueden ser el tipo ideal de intervención para modificar la tendencia del paciente a hacer inferencias incorrectas a partir de eventos específicos. Imaginemos a una paciente que infiere que a sus amigos no les es simpática porque no le han telefoneado en los últimos días. Esta paciente debería practicar habilidades cognitivas tales como identificar los procesos "lógicos" que llevan a esta conclusión, examinar la evidencia, y considerar explicaciones alternativas. Una tarea conductual sería irrelevante para esta clase de problemas cognitivos.

Estos principios serán de primerísima importancia en la implementación de una terapia coherente. A medida que el terapeuta va adquiriendo experiencia, podrá emplear un "árbol de decisión" en el curso de las sesiones. En lugar de seleccionar estrategias sobre la marcha, elegirá la técnica más adecuada para el síntoma o problema concreto que se le presente.

Generalmente, la terapia consta de 15-20 sesiones una vez a la semana. Los casos más graves suelen adquirir sesiones frecuentes, dos semanales durante 4-5 semanas y después, una semanal durante 10-15 semanas. Normalmente, solemos disminuir la frecuencia a una sesión de cada dos semanas durante las últimas fases, al tiempo que recomendamos la "terapia de apoyo" una vez que ha finalizado el tratamiento. Estas visitas de seguimiento pueden programarse de acuerdo a ciertos criterios o dejarse a la elección del propio paciente. Hemos observado que el paciente suele acudir en busca de sesiones "de apoyo" unas tres o cuatro veces a lo largo del año siguiente a la terminación de la terapia.

Características nuevas de la terapia cognitiva

¿Cuáles son las notas innovadoras de este tipo de terapia? La terapia cognitiva difiere de la terapia convencional en dos aspectos importantes: en la estructura formal de las sesiones y en los tipos de problemas en que se centra.

"Empirismo Colaborativo": En contraste con las terapias tradicionales, como la terapia psicoanalítica o la terapia centrada en el cliente, el terapeuta

que aplica la terapia cognitiva se encuentra en continua actividad e interactúa intencionadamente con el paciente. El terapeuta estructura la terapia según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente. Dado que el paciente depresivo suele estar, al principio, confundido, preocupado o distraído, el terapeuta le ayuda a organizar su pensamiento y su conducta —con el fin de ayudarle a hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana. A pesar de que la colaboración del paciente en la formulación del plan de tratamiento puede verse seriamente limitada o impedida por los síntomas que presenta en esta fase, el terapeuta necesita valerse de una cierta inventiva para estimular al paciente a *participar activamente* en las distintas operaciones terapeúticas. Hemos observado que las técnicas psicoanalíticas clásicas, tales como la asociación libre y la mínima actividad por parte del terapeuta, influyen de modo negativo en el paciente depresivo, ya que le permiten hundirse aún más en su laberinto de preocupaciones negativas.

Al contrario que la terapia psicoanalítica, la terapia cognitiva se centra en problemas "aquí-y-ahora". Se presta escasa atención a la época de la infancia, salvo que pueda clarificar algunos hechos actuales. El objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión terapeútica y entre las sesiones. No interpretamos factores inconscientes. El terapeuta cognitivo colabora activamente con el paciente en la exploración de las experiencias psicológicas de éste, y en la elaboración de programas de actividades y de tareas para realizar en casa.

La terapia cognitiva también difiere de la terapia de conducta en su mayor énfasis sobre las experiencias internas (mentales) del paciente, tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes. La estrategia general de la terapia cognitiva se puede diferenciar del resto de las escuelas de terapia por su énfasis en la *investigación empírica* de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente. Nosotros formulamos las ideas y creencias desviadas del paciente acerca de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro en términos de hipótesis, cuya validez intentamos comprobar de un modo sistemático. Así, casi todas las experiencias pueden darnos la oportunidad de realizar un experimento relevante a los puntos de vista o creencias negativas del paciente. Si el paciente piensa, por ejemplo, que todas las personas con las que se encuentra le dan la espalda con un gesto de disgusto, podríamos ayudarle a establecer un sistema para juzgar las reacciones de los demás y animarle a realizar evaluaciones objetivas de la expresión facial y los movimientos corporales de las personas. Si el paciente se cree incapaz de llevar a cabo los hábitos higiénicos más básicos podríamos elaborar una lista o una tabla para que registrase sus logros en la realización de tales actividades.

Modelos cognitivos: perspectiva histórica

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, se cuentan los siguientes:

1. La percepción y, en general, la experiencia son procesos *activos* que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
2. Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
3. El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).
4. Estas cogniciones constituyen la "corriente de conciencia" o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
6. Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
7. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

Los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva se remontan a los Estoicos, en particular a Zenón de Citio (siglo IV a. C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto, y Marco Aurelio. Epicteto escribió en *El Enchiridión:* "Los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen. "Del mismo modo que el Estoicismo, las Filosofías Orientales, como el Taoismo y el Budismo, han subrayado que las emociones humanas están basadas en las ideas. El control de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio en las ideas.

Freud (1900/1953) expuso inicialmente la idea de que los sentimientos y los efectos se basan en ideas inconscientes. La Psicología Individual de Alfred Adler indicó la importancias de comprender al paciente dentro del marco de sus propias experiencias conscientes. Para Adler, la terapia consistía en intentar explicar cómo la persona percibe y experiencia el mundo. Adler (1931/1958) afirmaba:

> No sufrimos por el choque de nuestras experiencias el llamado *trauma*, sino que inferimos de ellas precisamente lo que se ajusta a nuestros propósitos. Estamos *autodeterminados* por el significado que damos a nuestras experiencias; y probablemente siempre hay implicada cierta parte de error cuando tomamos determinadas experiencias como base para nuestra futura vida. Los significados no están determinados por las situaciones, sino que nos determinamos a nosotros mismos por el significado que damos a las situaciones.
> (pág. 14)

Algunos otros autores cuyo trabajo ha surgido de o se ha visto influido por la tradición psicoanálitica han aportado ideas importantes al desarrollo de la terapia cognitiva. (Para una revisión, ver Raimy, 1975). Entre los nuevos autores de este grupo se puede destacar a Alexander (1950), Horney (1950), Saul (1947), y Sullivan (1953).

El énfasis filosófico en las experiencias subjetivas conscientes surge de los trabajos de Kant, Heidegger, y Husserl. Este "movimiento fenomenológico" ha contribuido sustancialmente al desarrollo de la psicología moderna en este grupo de terapias. La aplicación del método fenomenológico a estados patológicos específicos se ve ejemplificada en los trabajos de Jaspers (1913/1968), Binswanger (1944-45/1958) y Straus (1966). La influencia de psicológos del desarrollo como Paiget (1947/1950, 1932/1960) también es evidente en la formulación de la terapia cognitiva.

Los últimos avances en la psicología conductual también han hecho hincapié en la importancia de las cogniciones del paciente. Bowers (1973) ha defendido un modelo interactivo (características del sujeto y características del ambiente), en contra del "situacionismo" de los enfoques conductistas clásicos. El énfasis creciente en la reestructuración o modificación de las cogniciones se refleja en el trabajo de Arnold Lazarus (1972), quien afirma, "puede decirse que la mayor parte de los esfuerzos terapéuticos se centran en la corrección de las ideas erróneas" (pág. 165). Esta corrección de las ideas erróneas, arguye Lazarus, puede producirse tanto antes como después de que tenga lugar el cambio en la conducta.

Un número creciente de terapeutas americanos han expuesto con mayor especificidad cómo el terapeuta podría modificar sistemáticamente las cogniciones durante la terapia. Kelly (1955) desarrolló la terapia de los constructos personales para modificar las experiencias cotidianas conscientes de los pacientes. En la terapia de "rol fijo", el paciente asume un papel basado en supuestos acerca del mundo o de sí mismo que no son congruentes con sus verdaderas creencias. En este nuevo papel, el paciente se enfrenta cara a cara con supuestos que él hacía sobre sí mismo y sobre su interacción con otras personas. Kelly se refiere a estos supuestos o creencias subyacentes con la denominación de "constructos personales".

Más recientemente, Berne (1961, 1964) y Frank (1961) añadieron métodos y conceptualizaciones diferentes a las terapias encaminados a modificar la experiencia consciente o las cogniciones del paciente.

El trabajo de Ellis (1957, 1962, 1971, 1973) supuso un nuevo impulso en el desarrollo histórico de las terapias cognitivo-conductuales. Ellis relaciona el estímulo ambiental o Activador (A) con las Consecuencias emocionales (C) a través de la Creencia interviniente (Cr). Así, el objetivo de su Terapia Racional Emotiva consiste en hacer que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de éstas. La Terapia Racional Emotiva pretende modificar estas creencias irracionales. Por su parte, Naultsby (1975) ha subrayado el empleo de otras técnicas para hacer que el individuo tome conciencia de estas creencias y para modificarlas.

Las recientes contribuciones al desarrollo de la terapia cognitiva por parte de autores de orientación conductual (Mahoney, 1974; Meichenbaun, 1977; Goldfried y Davison, 1976; Kazdin y Wilson, 1978) han proporcionado una base empírica y teórica más firme sobre la cual continuar trabajando en este área.

La terapia cognitiva de la depresión incluye varias técnicas interrelacionadas que se han destilado del crisol de la experiencia clínica con pacientes depresivos. Las técnicas concretas se aplican dentro del marco de una teoría psicológica de la depresión (Beck, 1976). Como se ha indicado anteriormente, es preciso conocer la teoría del modelo cognitivo de la depresión para aplicar las técnicas de la terapia cognitiva.

El modelo cognitivo de la depresión

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales (Beck, 1963, 1964, 1967). Esta interacción entre los enfoques clínico y experimental ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva (ver Beck, 1976).

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información)

Concepto de Tríada Cognitiva

La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, *a causa* de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones

interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente *piensa* erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es *real*. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que *parecen* ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto.

La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así, tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados.

Por último, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede producir una "inhibición psicomotriz".

Organización Estructural del Pensamiento Depresivo

Un segundo componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término "esquema" designa estos patrones cognitivos estables.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia. El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y, consecuentemente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, éste se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer o responder preguntas) o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos). En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

Errores en el Procesamiento de la Información

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (ver Beck, 1967).

1. *Inferencia arbitraria* (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

2. *Abstracción selectiva* (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

3. *Generalización excesiva* (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

4. *Maximización y minimización* (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

5. *Personalización* (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

6. *Pensamiento absolutista, dicotómico* (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Una manera de abordar el desorden de pensamiento presente en la depresión es conceptualizarlo en términos de modos "primitivos" de organizar la realidad vs. modos "maduros". Parece claro que las personas depresivas tienden a estructurar sus experiencias de un modo bastante primitivo. Tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida. Sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas, etc. La respuesta emocional, por lo tanto, tiende a ser negativa y extrema. En contraposición a este tipo de pensamiento primitivo, un pensamiento más maduro integra automáticamente las situaciones en varias dimensiones (en lugar de una única categoría), en términos cuantitativos más que cualitativos, y de acuerdo con criterios relativos más que absolutistas. En el pensamiento primitivo, la complejidad, variabilidad y diversidad de las experiencias y la conducta humanas se reducen a unas pocas categorías.

Parece que las características del pensamiento típico del depresivo son análogas a las expuestas por Piaget (1932/1960) en sus descripciones del pensamiento infantil. Hemos aplicado la etiqueta "primitivo" a este tipo de pensamiento para distinguirlo del pensamiento más adaptativo observado en estadios posteriores del desarrollo. A continuación, se esquematizan las características que diferencian ambas formas de pensamiento.

PENSAMIENTO "PRIMITIVO"	PENSAMIENTO "MADURO"
1. *No dimensional y global:* Soy un miedoso.	*Multidimendional:* Soy medianamente miedoso, bastante generoso y ciertamente inteligente.
2. *Absolutista y moralista:* Soy un *despreciable cobarde.*	*Relativo; no emite juicios de valor:* Soy más cobarde que la mayoría de las personas que conozco.
3. *Invariable:* Siempre fui y siempre seré un cobarde.	*Variable:* Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra.
4. *"Diagnóstico basado en el carácter":* Hay algo extraño en mi carácter.	*"Diagnóstico conductual:* Evito en gran medida algunas situaciones y tengo diversos miedos.
5. *Irreversibilidad:* Como soy intrínsicamente débil, no hay nada que se pueda hacer con mi problema.	*Reversibilidad:* Puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos.

Según esta representación esquemática, observamos que el paciente depresivo tiende a interpretar sus experiencias en términos de privaciones o de derrotas (no dimensionales) y como algo irreversible (fijo). Consecuentemente, se considera a sí mismo como un "perdedor" (categórico, emite juicios de valor) y como una persona predestinada (déficits de carácter irreversibles).

La mayor parte de esta monografía está dedicada a la descripción de medios para identificar las pautas de pensamiento idiosincráticas y las estrategias que pueden contrarrestarlas. En el apartado de Síntomas Cognitivos del Capítulo 9, se pueden encontrar algunas sugerencias específicamente concernientes al pensamiento dicotómico y absolutista.

Predisposición y Desencadenamiento de la Depresión

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas.

Por ejemplo, la ruptura matrimonial puede activar el concepto de pérdida irreversible asociado con la muerte de uno de los padres acaecida durante la infancia del individuo. En otro orden de cosas, la depresión puede ser desencadenada por una anormalidad o una enfermedad física que activa la creencia latente en una persona de que está destinada a una vida de sufrimiento. Las situaciones desagradables de la vida —incluso las extremadamente adversas— no conducen necesariamente a una depresión, a no ser

que la persona esté especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva.

En respuesta a situaciones traumatizantes, las persona media aún mantendría su interés por otros aspectos no traumáticos de su vida, valorándolos de forma realista. Por el contrario, el pensamiento de la persona con tendencia a la depresión aparece bastante constreñido, desarrollando ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida.

Existe una considerable evidencia empírica a favor del modelo cognitivo de la depresión. Recientemente (Beck y Rush, 1978) han sido revisados los datos obtenidos en observaciones clínicas y estudios experimentales. Estos trabajos apoyan la presencia e interrelación de los componentes de la "tríada cognitiva" en la depresión. Algunos estudios apoyan la existencia de ciertos déficits cognitivos específicos (por ejemplo, deterioro del razonamiento abstracto y de la atención selectiva) en las personas depresivas o suicidas.

Un Modelo de Interacción Recíproca

Hasta el momento, nuestra discusión sobre la teoría cognitiva de la depresión podría parecer desequilibrada o sesgada; puede dar la impresión de que el paciente desarrolla la depresión independiente de sus experiencias interpersonales. Parte de este énfasis, aparentemente excesivo, en los aspectos "intrapsíquicos" de la depresión es el resultado del hecho de que nos centremos deliberadamente en el individuo y en cómo construye la realidad. Ahora bien, se puede ampliar la unidad de observación a los aspectos relevantes del ambiente del individuo (por ejemplo, la familia, los amigos, los compañeros, el jefe, etc.).

Como señaló Bandura (1977), la conducta de una persona influye sobre otros individuos, cuyas acciones, a su vez, influyen sobre la persona. Puede suceder que una persona que se encuentra en las primeras fases de una depresión se aparte de algunas personas significativas o relevantes para ella. Ofendidas, estas "personas significativas" podrían responder con rechazos o críticas, que, a su vez, activarían o agravarían el autorechazo y la autocrítica del propio individuo, (en otros, casos, el rechazo por parte de otros puede ser el primer eslabón de la cadena que conduce a la depresión clínica). Las conceptualizaciones negativas resultantes llevan al paciente (que ya puede encontrarse deprimido) a un mayor aislamiento. Este círculo vicioso puede continuar hasta que el paciente esté tan deprimido que ya no le causen efecto los intentos de ayuda y las muestras de cariño y afecto por parte de los demás.

Una relación interpersonal armoniosa, por el contrario, puede actuar como amortiguador o parachoques de cara al desarrollo de una depresión incipiente. Un sistema de apoyo social sólido puede servir para proporcionar muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia del paciente a subestimarse. Es más, el tratamiento del paciente depresivo suele verse beneficiado en gran medida si se cuenta con un familiar o amigo que sirva como representación de la realidad social para ayudar al paciente a

someter a prueba la validez de sus pensamientos negativos.

Cuando existen interacciones contraproducentes con personas significativas que contribuyen al mantenimiento de la depresión, puede ser adecuada alguna forma de "terapia de pareja", asesoramiento matrimonial o terapia familiar.

Debe hacerse notar que existe una considerable variabilidad entre los pacientes depresivos en cuanto al grado en que la depresión mejora o se agrava en función de otras personas. Se puede decir que algunas depresiones avanzan a lo largo de un camino inexorable a las influencias ambientales favorables.

Primacía de los Factores Cognitivos en la Depresión

Han surgido importantes cuestiones a la *primacía* de los factores cognitivos en el síndrome depresivo. Como señala Schreiber (1978), las distorsiones cognitivas podrían ser equiparadas con los síntomas afectivos, motivacionales, conductuales o vegetativos, es decir, conceptualizadas simplemente como manifestación o síntoma de la depresión. De hecho, muchas descripciones contemporáneas consideran la depresión simple y llanamente como un trastorno afectivo, ignorando por completo los aspectos cognitivos.

En nuestra conceptualización de la depresión, hemos intentado dar algún sentido a los diversos fenómenos que abarca la depresión, sistematizándolos en una secuencia lógica coherente. El modo como los signos y síntomas de un trastorno pueden ordenarse para dar lugar a relaciones con significado (aunque sean hipotéticas) puede ilustrarse con una analogía.

Consideremos un paciente que se presenta a su médico con debilidad general, dolores en el pecho, fatiga al respirar, tos crónica y esputos de sangre. Para disponer estos fénomenos en una secuencia comprensible centraríamos nuestra atención en el dolor de pecho como primer eslabón de la cadena de reacción. Podríamos esquematizar la siguiente secuencia: dolor de pecho dificultad respiratoria + tos esputo de sangre y debilidad general. La hipótesis de trabajo sería que el paciente presenta una lesión pulmonar que explicaría los síntomas respiratorios y el dolor localizado en el pecho. Supongamos que el médico debe fiarse de los informes del paciente y del examen que él mismo lleva a cabo. Si (después de haber auscultado al paciente) fuese capaz de demostrar la existencia de alguna anomalía en la zona de los pulmones, por ejemplo, un área de mayor densidad, tendríamos cierta evidencia en apoyo de la primera formulación. Es más, si el médico pudiese curar la enfermedad reduciendo o eliminando la mayor densidad de la zona en cuestión (por ejemplo, mediante ejercicios respiratorios, reposo, etc.), obtendríamos aún más apoyo para la idea de la patogénesis de la enfermedad.

Hasta el momento, sin embargo, no se podría hacer ninguna afirmación definitiva en relación con la causa inmediata de la enfermedad (posiblemente una infección pulmonar o un tumor) ni con la causa última (posiblemente una bacteria, una toxina, o un agente cancerígeno). Sólamente podríamos

afirmar que, dentro de los límites de los datos disponibles proporcionados por el paciente y los recogidos en el examen médico, se puede atribuir la *primacía* de la secuencia de síntomas a la patología pulmonar.

Tendríamos que contentarnos con la evidencia de que la lesión pulmonar es un factor que influye o un mecanismo mantenedor de la enfermedad. En muchos sentidos, nuestra formulación respecto a la depresión es análoga a esta hipotética configuración signo-síntoma.

Así, haciendo un "corte transversal" de la sintomatología de la depresión, hemos llegado a la conclusión de que debemos buscar el principal foco de patología en el modo peculiar que tiene el individuo de verse a sí mismo, sus experiencias y su futuro (la "tríada cognitiva" y en su forma idiosincrática de procesar la información (inferencia arbitraria, recurso selectivo, sobregeneralización, etc.). Nuestra experiencia clínica y el trabajo experimental sugieren que puede resultar útil una explicación paralela a la de la lesión pulmonar. Las manifestaciones más floridas de la depresión pueden distraer al clínico (y también al paciente) de lo que es primordial en la patología. Así como en el caso del "tumor silencioso" del pulmón; los síntomas más acusados podían ser el dolor, la tos, y la debilidad, en la depresión, los síntomas prodominantes serían el dolor psíquico, la agitación, y la pérdida de energía. Si la persona encargada de hacer el diagnóstico no busca otro tipo de patología, podría confundir el fenómeno principal, es decir, alteraciones del pensamiento, dentro de la cadena de eventos.

Debe subrayarse que hasta ahora nuestra explicación se basa en el análisis de los *fenómenos* de la depresión. Nuestros instrumentos de observación a este nivel de análisis no proporcionan datos relativos a la "causa" última. Puede postularse que las construcciones negativas que el paciente hace de la realidad constituyen el primer eslabón de la cadena de síntomas (o "fenómenos"). Esta formulación ofrece un amplio rango de hipótesis. Recientes revisiones de la literatura citan alrededor de 35 estudios correlacionales y experimentales que apoyan estas hipótesis (Beck y Rush, 1978; Hollon y Beck, en prensa).

Como se ha mencionado anteriormente, el modelo cognitivo, sin embargo, no se centra en la cuestión de la *etiología última* o de las causas de la depresión unipolar: por ejemplo, predisposición hereditaria, aprendizaje inadecuado, lesión cerebral, trastornos bioquímicos, etc. y sus combinaciones.

Otro reto que se le plantea al modelo cognitivo es el de la presdisposición a la depresión. Este tema, según el modelo cognitivo, se centra en determinar cómo contribuyen a la predisposición y al desencadenamiento de la depresión algunas peculiaridades de la organización cognitiva. Nuestra formulación del papel de las estructuras cognitivas desadaptativas que predisponen a la depresión se basa, en parte, en observaciones clínicas a largo plazo y además en la especulación lógica. No nos parece plausible la idea de que los mecanismos cognitivos aberrantes se creen de nuevo cada vez que un individuo experimenta una depresión. Parece más lógico pensar que el individuo presenta alguna anomalía relativamente duradera en un sistema psicológico. Por lo tanto, es necesario llevar a cabo un análisis longitudinal en términos estructurales. Al desencadenarse la depresión (sea debido a presiones psíquicas, a un desequilibrio bioquímico, a la estimulación del hipotálamo o a cualquier otro agente), se activa un conjunto de "estructuras cognitivas" alteradas (esquemas) que se formó en un momento temprano del desarrollo. Este tema de la formación y modo de activación de los esquemas ya ha sido tratado en un trabajo anterior (Beck, 1967).

Revoluciones cognitivas: paradigmas científicos y relativos a la depresión

De alguna manera, la terapia cognitiva de la depresión ofrece un intento de solucionar las "paradojas de la depresión" (Beck, 1976, págs. 102-105). Los fenómenos de la depresión se caracterizan por una inversión o distorsión de muchos de los principios acerca de la naturaleza humana que gozan de una aceptación generalizada: el "instinto de supervivencia", los impulsos sexuales, la necesidad de sueño y alimento, el "principio de placer", e incluso el "instinto maternal". Estas paradojas se pueden llegar a comprender en el marco de lo que los psicólogos contemporáneos han denominado "revolución cognitiva en psicología" (Dember, 1974; Mahoney, 1977; Weimer y Palermo, 1974). Si bien la transición hacia el estudio de los procesos cognitivos puede interpretarse como continuación de la eterna dialéctica entre psicología intrapsíquica y situacionismo, o, bien, en términos más amplios, como continuación de los conflictos entre mentalismo y fisicalismo, es evidente que está surgiendo un paradigma científico nuevo.

El paradigma científico —en el sentido que lo empleó Kuhn (1962)— que subyace al Modelo Cognitivo de la Depresión abarca mucho más que una teoría y una terapia. Abarca un dominio anteriormente olvidado (el de la organización cognitiva), una tecnología y una serie de instrumentos conceptuales que se aplican para obtener datos pertenecientes a dicho dominio, un conjunto de principios para construir la teoría y, por último, una tecnología especializada para recoger y evaluar evidencia en apoyo de la teoría. Al igual que en otros paradigmas, se han establecido "reglas de evidencia" para determinar qué datos son admisibles y cómo pueden interpretarse con un margen de confianza. Además, dado que nos concierne la aplicación práctica de la teoría, el paradigma también incluye un sistema de terapia con un conjunto de normas para obtener e interpretar datos, así como un diseño de investigación bien elaborado para evaluar la mejoría atribuible a los procedimientos terapéuticos.

¿Qué es lo revolucionario en el nuevo paradigma científico de la depresión? En primer lugar, se centra en el paradigma personal del paciente (ver Capítulo 4, pág. 65). En segundo lugar, conceptualiza este paradigma en términos de una "revolución cognitiva". Específicamente, la organización cognitiva del depresivo ha experimentado una revolución (o quizás una "circunvolución") que produce una notable *inversión* en la forma como el

paciente construye la realidad. En contraposición al concepto usual de revolución científica, del que generalmente se interpreta que representan un avance, la "revolución depresiva" constituye un retroceso.

Nuestro nuevo paradigma *científico* de la depresión afirma: El paradigma *personal* del paciente cuando se encuentra en un estado depresivo da lugar a una visión distorsionada de sí mismo y del mundo. Sus ideas y creencias negativas le parecen una representación verídica de la realidad, incluso cuando a otras personas y a él mismo cuando no está deprimido les parezcan inverosímiles. Sus observaciones y las interpretaciones que hace de los fénomenos están moldeadas por su marco de referencia conceptual —equivalente a la descripción de Kuhn de un paradigma científico. Los grandes cambios producidos en su organización cognitiva llevan a un procesamiento de la información inadecuado, como resultado del cual surge una amplia variedad de síntomas. Utilizamos nuestro paradigma científico primeramente para comprender y además para modificar el paradigma personal inadecuado de modo que no vuelva a dar lugar a observaciones e interpretaciones falsas. Es más, proponemos que cuando el paradigma personal del paciente ha sido invertido y ajustado a la realidad (en cierto modo una "contrarrevolución"), la depresión empieza a desaparecer.

El concepto de revolución cognitiva en el ámbito de la depresión presenta algunas implicaciones para la investigación de la patología (a la vez que de la terapia) de esta condición. Muchas de las investigaciones y estudios de la depresión "subclínica" han supuesto una *continuidad* desde el estado normal al estado patológico. Si el estado clínico de la depresión fuese cualitativamente distinto del de la no depresión, los investigadores necesitarían desechar sus principios de trabajo (p. ej., la teoría del condicionamiento, la del procesamiento de la información) aplicables al estudio de los individuos normales y adoptar un paradigma diferente para estudiar la depresión. Esta posible diferencia entre las teorías aplicables a la personalidad normal versus las aplicables a la personalidad anormal puede quedar ilustrada por el siguiente ejemplo.

Una de las características principales del paciente depresivo es su relativa inconsciencia o falta de atención con respecto a los estímulos ambientales. Independientemente de lo que ocurra a su alrededor, tiende a perseverar en sus temas de privación, anormalidad o enfermedad. En términos metafóricos, la organización cognitiva se ha hecho relativamente autónoma y reproduce mecánicamente un flujo contínuo de ideas repetitivas negativas. Estas cogniciones consisten, hasta cierto punto, en construcciones estereotipadas negativas de los eventos externos inmediatos; pero, en la mayor parte de los casos, representan reverberaciones de ideas repetitivas negativas que nada tienen que ver con la situación ambiental real del momento. Dados estos hechos, formulaciones como la del modelo de interacción recíproca de Bandura no serían aplicables a este estado de patología. El "modelo de cogniciones autónomas" sería más adecuado para elaborar hipótesis y llevar a cabo experimentos relevantes para el estudio de la persona con esta clase de alteraciones psicológicas.

Requisitos previos para llevar a cabo la terapia cognitiva de la depresión

1. El terapeuta dedicado al tratamiento de pacientes depresivos debe poseer un sólido conocimiento del síndrome clínico de la depresión. Sobre la base de su educación y entrenamiento formales, debe profundizar en las habilidades de entrevista necesarias para determinar el "estado mental" del paciente y para recoger los datos pertinentes de su historia. Debe estar familiarizado con la amplia variedad de manifestaciones clínicas del síndrome y con las vicisitudes del proceso clínico. Estas características clínicas incluyen el conocimiento de las remisiones espontáneas, la tasa de recaídas y el riesgo de suicidio.

Los terapeutas no deben limitarse a una definición idiosincrática de la depresión dictada por una determinada escuela de psiquiatría o psicología, sino que deben tener en cuenta las descripciones de los síndromes que posean una aceptación generalizada. Por ejemplo, la descripción de la sintomatología, del curso clínico y de la nosología de la depresión que aparecen en *Depression, Causes and Treatment* (Depresión: Causas y Tratamiento) (Beck, 1967) generalmente han sido aceptados como válidos por investigadores y clínicos, independientemente de sus propias teorías respecto a la naturaleza y etiología de la depresión. Por ello, este manual (o equivalente a un manual) podría ser utilizado por el investigador o el terapeuta como marco de referencia.

Pensamos que la voluntad de muchos terapeutas de ignorar las categorías nosológicas tradicionales y de centrarse simplemente en los problemas del paciente es restrictiva y puede producir consecuencias no deseadas. Aunque somos partidarios de la filosofía de "tratar al paciente en vez de la enfermedad", existen razones de peso para clasificar los problemas psicológicos y, en consecuencia, para aplicar técnicas sensibles a fin de establecer un diagnóstico correcto.

La depresión, por ejemplo, presenta varias características diferenciales. Primera, presenta un conjunto de síntomas y conductas peculiares que la hacen diferente de otras neurosis. Segunda, tiende a seguir un desarrollo determinado. La depresión típica suele comenzar con un grado medio de intensidad, alcanza un punto álgido y, a continuación, disminuye generalmente en intensidad, de tal modo que sus características temporales y las "remisiones espontáneas" han sido repetidamente observadas por los clínicos. La depresión suele ser episódica, con períodos en que se da una ausencia de los síntomas. La naturaleza temporal de la depresión diferencia este síndrome de otros tales como las fobias, la neurosis obsesivo-compulsiva e incluso la ansiedad crónica, los cuales pueden estar presentes durante toda la vida del individuo sin experimentar cambios sustanciales. Tercera, a causa de la complicación letal casi exclusiva de este síndrome, es decir, el suicidio, el diagnóstico de la depresión es particularmente importante. Cuarta, determinados tratamientos somáticos han sido aplicados con éxito a la depresión. Los fármacos tricíclicos, por ejemplo, tienen una aplicabilidad altamente selectiva limitada a este síndrome. La terapia electroconvulsiva a menudo

produce resultados positivos en determinados casos de depresión si bien suelen empeorar otras condiciones, como la neurosis de ansiedad. Quinta, existe un creciente cuerpo de evidencia que indica la presencia de un tipo de alteración biológica en la depresión, posiblemente debida a una especie de agotamiento o fatiga de los neurotransmisores. Sexta, existe evidencia de que ciertos tipos de depresión (por ejemplo, las depresiones bipolares) tienen un fuerte componente hereditario. Séptima, en nuestras investigaciones hemos encontrado que el contenido específico de las distorsiones cognitivas y de los supuestos subyacentes es diferente del que se da en otros trastornos.

Por último, el tipo de factores desencadenantes (cuando se hallan presentes) pueden diferir en cada una de las distintas alteraciones neuróticas. Los factores desencadenantes de la depresión surgen de una perdida percibida o real; en otros síntomas, como la ansiedad, los factores desencadenantes están más relacionados con una amenaza o un peligro.

En el Capítulo 17 (Terapia Cogniitiva y Fármacos Antidepresivos) de esta monografía aparece un resumen de la sintomatología y el diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos. Antes de tomar una decisión sobre la elección del tratamiento para un paciente depresivo, el clínico debe tener un conocimiento exhaustivo de los materiales que se exponen en dicho capítulo. De no ser así, podría quedar consternado al descubrir, por ejemplo, que había estado tratando a un maníaco-depresivo cíclico con un método exlusivamente psicológico, cuando lo que tal paciente debía haber recibido era un tratamiento a base de litio. Paralelamente, el clínico debe estar sensibilizado hacia la presencia de trastornos de la afectividad y de depresiones de tipo psicótico para no rechazar sin una base sólida los fármacos antidepresivos. Es más, necesita saber cómo y cuándo combinar los fármacos antidepresivos con la terapia cognitiva.

Constituye un grave peligro el hecho de que un clínico sin experiencia centre su atención en un sola faceta de la depresión e ignore los numerosos componentes afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos. Conocemos algunos casos en los que el terapeuta, cegado por la teoría, informaba con satisfacción de los cambios operados en un área, por ejemplo, una mejoría en las relaciones interpersonales, un mayor nivel de actividad, o una aparente reducción de la tristeza ... A los pocos días, ¡el paciente se suicidaba!

2. Dado que el suicidio es *la* complicación letal de la depresión, el clínico necesita una serie de capacidades especializadas para reconocer al paciente suicida y determinar el riesgo de suicidio. Incluso un paciente con una depresión de intensidad moderada puede llegar al suicidio; es más, no son infrecuentes los intentos de suicidio durante el mismo proceso de la terapia. El clínico debe estar alerta a los indicios de un incremento en el riesgo de suicidio durante el tratamiento; asimismo, debe estar preparado para tomar decisiones cruciales sobre asuntos tales como informar a la familia del paciente acerca del riesgo de suicidio, recomendar un período de hospitalización, prescribir precauciones especiales dentro del propio hospital, etc.

Para evaluar el riesgo de suicidio, se pueden encontrar algunas orientaciones en la monografía *The Prediction of Suicide* (La Predicción del Suicidio) Beck, Resnik y Lettieri, 1974), así como en el artículo que describe la Scale for Suicidal Ideation (Escala de Pensamientos Suicidas) (Beck. Kóvacs y Weissman, en prensa). En el Capítulo 10 del presente volumen se discute en profundidad la importancia de una intervención psicológica inmediata, especialmente cuando el terapeuta es capaz de aislar y neutralizar la desesperanza subyacente.

3. El aspirante a *terapeuta cognitivo* debe ser, en primer lugar, un buen terapeuta. Debe poseer algunas características necesarias, como la capacidad para responder al paciente en una atmósfera de relación humana —con interés, aceptación y empatía. Independientemente de su destreza en la aplicación técnica de las estrategias cognitivas, puede encontrar serios impedimentos si no posee estas características interpersonales esenciales.

Hemos observado que terapeutas de muy distintas orientaciones y con muy diversos grados de experiencia pueden llevar a cabo satisfactoriamente una terapia cognitiva. Los terapeutas que han practicado la terapia psicodinámica suelen ser empáticos y sensibles, además de poseeer determinadas habilidades para manejar las reacciones de transferencia. Los terapeutas de conducta, por su parte, suelen estar bien cualificados para aplicar las distintas técnicas terapéuticas.

4. El terapeuta bien preparado y que mantiene una actitud cálida, empática y de aceptación tampoco puede esperar obtener buenos resultados en la terapia cognitiva de la depresión solamente en base al estudio de esta monografía. Necesita, además, satisfacer los siguientes requisitos previos:

a. Un sólido conocimiento del modelo cognitivo de la depresión, tal como se describe en *Depression: Causes and Treatment* (Depresión: Causas y Tratamiento) (Capítulos 15, 17, 18) y en Capítulo 5 de *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (La Terapia Cognitiva y los Trastornos Emocionales) (Beck, 1976).

b. Un conocimiento del marco conceptual de la terapia cognitiva, expuesto en el último volumen citado (Capítulos 2, 3, 4, 9, 10, y 12), así como de su aplicación específica al tratamiento de la depresión (Capítulo 11).

c. Entrenamiento formal en un centro de terapia cognitiva. Se incluirá la supervisión en la terapia con pacientes depresivos. La importancia del entrenamiento intensivo y de un largo período de supervisión se ve confirmada en un estudio reciente del Center for Cognitive Therapy (Centro de Terapia Cognitiva). Hemos encontrado que, siguiendo un curso acelerado de tres meses, en el que se incluía la supervisión del tratamiento de dos o tres pacientes depresivos, menos del 25% de los alumnos (psiquiatras y psicólogos) reunía todos los criterios de competencia en terapia cognitiva. El 25%

continuó con una supervisión semanal de los casos a su cargo, considerándose, aproximadamente al cabo de un año, que la mayoría había alcanzado un nivel de competencia aceptable (ver la Competency Checklist for Cognitive Therapists —Lista de Competencias para Terapeutas Cognitivos— en el Apéndice). Nuestra experiencia general indica que un período de seis meses a dos años suele ser suficiente para alcanzar los criterios de competencia.

d. Entrenamiento en talleres, realización de tareas de monitor de grupo, y utilización de cintas de vídeo y libretas de anotaciones. Este tipo de entrenamiento también exige una supervisión continuada por parte de un instructor cualificado hasta que se satisfagan los criterios de competencia.

Limitaciones de la terapia cognitiva

Diversos estudios sistemáticos sobre la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión (ver Capítulo 18) ponen de manifiesto lo prometedor de este enfoque. No obstante, son necesarias más investigaciones adicionales que confirmen los resultados de los primeros estudios y que determinen los límites de aplicabilidad del método en términos de tipos de depresión específicos. (por ejemplo, cuando concurren indicios de una inteligencia "borderline") y de otras características del paciente (nivel cultural, actitudes hacia la psicoterapia vs. quimioterapia, "fuerza del ego", y factores demográficos).

En vista del hecho de que se necesita un gran cuerpo de información para que quede bien definido el papel de la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión, esperamos que esta monografía sirva a los investigadores como guía para centrarse en las serias cuestiones relativas a la aplicabilidad y utilidad de la terapia cognitiva.

Los profesionales que apliquen las estrategias expuestas en este manual deberán observar las siguientes *advertencias:*

1. Excepto con propósitos de investigación, la terapia debe limitarse a aquellos tipos de pacientes cuya reponsividad a este método haya sido probada en estudios previos. (Los lectores pueden revisar los informes orginales de los estudios controlados que se recogen en el Capítulo 18). Estos estudios han mostrado la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento de estudiantes universitarios depresivos que habían sido enviados a una clínica de salud mental, a una clínica de salud mental comunitaria, o bien al departamento de psiquiatría ambulatoria de la Universidad.

2. La efectividad de esta terapia se ha demostrado sólamente con pacientes depresivos externos que constituían casos de depresión unipolar no psicótica. Por lo tanto, los procedimientos de tratamiento convencionales (por ejemplo, la hospitalización y las terapias "somáticas" se emplearán en el caso de depresiones bipolares o de gran intensidad, en el caso de pacientes gravemente alterados o que presente un alto riesgo de suicidio. La combinación de la terapia cognitiva con los fármacos antidepresivos se discute en el Capítulo 17.

3. La medicación antidepresiva ha probado su eficacia en un gran número de estudios. Por ello, la terapia cognitiva debería restringirse a aquellos casos de depresión unipolar respecto a los cuales el clínico considere preferible este método en lugar de la medicación antidepresiva: (a) Cuando el paciente no acepta la ingestión de fármacos; (b) prefiere un método psicológico, esperando que la experiencia de aprendizaje reduzca su propensión a la depresión; (c) presenta efectos colaterales peligrosos frente a los antidepresivos o se encuentra en una condición médica que contraindica el uso de antidepresivos; (d) ha presentando un rechazo ante ensayos con antidepresivos.

Riesgos comunes en el aprendizaje de la terapia cognitiva

Durante nuestra enseñanza de la terapia cognitiva, hemos observado ciertos defectos y errores en el enfoque terapéutico bastante comunes entre los alumnos.

1. *Minusvalorar la Relación Terapéutica.* El nuevo terapeuta a menudo se encuentra tan cautivado por las técnicas que olvida la importancia de establecer un fondo de relación terapéutica con el paciente. Los problemas interpersonales con el paciente constituyen una de las dificultades más comunes de los terapeutas cuando comienzan el aprendizaje de la terapia cognitiva. El terapeuta jamás debe perder de vista el hecho de que se está relacionando con otro ser humano y de que ambos tienen por delante una tarea muy compleja. El terapeuta debe estar particularmente sensibilizado hacia:

a. La importancia de la discusión y expresión de las reacciones emocionales del paciente (Capítulo 2)

b. El propio estilo de comunicación habitual del paciente. El terapeuta debe adaptar su propio estilo personal hasta conjugarlo con el del paciente. Afortunadamente, como la terapia cognitiva es activa, el terapeuta tiene oportunidad de desarrollar un amplio repertorio de estilos. En ocasiones, por ejemplo, deberá mostrarse muy activo, en tanto que, en otras, permanecerá relativamente comedido; algunos pacientes necesitan una considerable preparación, otros, sólamente, que les infundan el ánimo suficiente para tomar la iniciativa.

c. La interrupción de las operaciones interpersonales adaptativas del paciente como resultado de la depresión. El terapeuta debe conocer los grandes obstáculos que la depresión supone en el área de la comunicación: dificultad para concentrarse, comunicarse y formular el problema en voz alta, para crear una relación afectiva. Algunos pacientes depresivos están prácticamente mudos, por lo cual el

terapeuta debe tomar la iniciativa y hacer conjeturas sobre lo que preocupa al paciente, intentado obtener *feedback* por parte de éste para ir modificando o perfilando sus conjeturas y suposiciones. Otros pacientes pueden sentirse tan ansiosos por tratar de mostrarse seguros que el terapeuta debe permanecer relativamente pasivo.

d. La hipersensibilidad del paciente hacia cualquier acción o afirmación que pueda entenderse como rechazo, indiferencia o desaprobación. Las respuestas desmesuradas o las interpretaciones incorrectas del paciente pueden proporcionar datos muy valiosos, pero el terapeuta debe estar alerta a su aparición y preparar el marco apropiado para utilizar constructivamente estas reacciones distorsionadas.

2. *Mostrarse Purista, Caprichoso o Excesivamente Precavido.* Los Terapeutas principiantes suelen tener tendencia a adoptar una de dos posturas terapéuticas opuestas. Están tan impacientes por dominar los aspectos técnicos que imitan de forma repetitiva a los modelos ("Los Maestros") en lugar de integrar el método, terapéutico en su propio estilo. De este modo, parecen robots, afanados en aplicar clichés o en emplear "trucos " que los pacientes puedan identificar inmediatamente a partir de la lectura del material sobre terapia cognitiva. En el otro extremo, el terapeuta puede forzar la elasticidad del modelo cognitivo para "probar si determinadas técnicas se ajustan a él, sin tener en cuenta la adecuación de éstas para su paciente en un momento dado. Este tipo de terapeutas también tienden a "saltar" de una técnica a otra sin haber probado la eficacia o las limitaciones de ninguna de ellas.

En el polo opuesto, el neófito puede mostrarse excesivamente cauteloso para evitar "hacer mal las cosas" y perjudicar al paciente. Como resultado de esta actitud, puede retraerse y permanecer silencioso, o bien seguir mecánicamente el protocolo estándar del tratamiento. Afortunadamente, la estrategia general de la terapia cognitiva proporciona una serie de salvaguardias, como por ejemplo, obtener feedback del paciente, teniendo en cuenta lo que comprende de todo aquello que el terapeuta le comunica y cualquier tipo de reacción contraproducente ante el comportamiento, las técnicas o las sugerencias del terapeuta (Capítulos 3 y 4).

3. *Mostrarse Excesivamente Reduccionista y Simplista.* Muchos de los terapeutas en período de aprendizaje creen que la terapia cognitiva consiste *únicamente* en hacer que los pacientes identifiquen y corrijan sus pensamientos negativos. A menudo, el terapeuta no está bien afianzado en el modelo cognitivo de los trastornos emocionales. Es difícil, cuando no imposible, llevar a cabo con éxito una *terapia* cognitiva sin un conocimiento profundo de la *teoría* en la que se basa.

Si bien es cierto que el modelo cognitivo trata de reducir un trastorno muy complejo a un número finito de conceptos, también lo es que cada paciente presenta un patrón de psicopatología idiosincrático. Es más, no

existe un formato estándar que se pueda aplicar sistemáticamente a todos los pacientes para obtener datos relevantes y modificar los patrones idiosincráticos.

Dado que el enfoque de esta monografía de tratamiento consiste en operativizar las técnicas y los principios de la terapia cognitiva, el terapeuta poco experimentado puede intentar llevar la terapia como si siguiese "un libro de recetas". El terapeuta debe situarse en un punto intermedio entre ser demasiado concreto y ser demasiado abstracto; atomista vs. globalista. La terapia cognitiva es un enfoque holista, pero que se aplica en una secuencia de pasos discretos y fácilmente comprensibles.

4. *Mostrarse Demasiado Didáctico o Excesivamente Interpretativo.* El empleo de preguntas es una parte importante de la terapia cognitiva. Puede resultarle fácil al terapeuta advertir que el paciente distorsiona sus experiencias, que se dan pensamientos intervinientes entre un evento y su experiencia emocional correspondiente. Pero con ello, poco progreso puede conseguirse. Es importante que el terapeuta plantee preguntas que pongan en marcha la lógica que el paciente tiene aletargada, valiéndose del método inductivo.

Un beneficio adicional del procedimiento inductivo es que permite al paciente poner en práctica una conducta de hacerse preguntas a sí mismo cuando el terapeuta no se halle presente. Es decir, él "escucha" la voz del terapeuta que le hace preguntas como "¿Que evidencia existe?", "¿Qué es lo más adaptativo que se puede hacer ahora?". Además, al aprender a identificar y someter a prueba sus hipótesis, el paciente desarrolla un empirismo muy beneficioso que sirve como protección contra la formación de conclusiones poco realistas.

El hecho de que el terapeuta le comunique al paciente sus propias teorías y lo que opina de los pensamientos del paciente suele producir resultados positivos. Pero, paradójicamente, esta forma de proceder tiene un inconveniente. A causa de las características de demanda, el paciente "produce" datos en apoyo de las ideas del terapeuta, lo cual puede llevar a una falsa mejoría. En el transcurso de la terapia, sin embargo, suelen desaparecer las mejorías y es probable que el paciente experimente una recaída.

En ocasiones, es esencial que el terapeuta asuma el rol de educador con respecto al paciente; explicándole algunas de las características de la depresión y de la terapia cognitiva. No obstante, el terapeuta debe cuidar de que esta explicación no sea aceptada sin ningún tipo de crítica por parte del paciente, a la vez que debe asegurarse de que, en el futuro, dicha explicación sea sometida a prueba por aquel.

5. *Mostrarse Demasiado "Superficial".* Es crucial que el neófito reconozca la importancia de que ciertos significados queden totalmente claros. Aunque la modificación de los pensamientos automáticos y poco realistas sea un elemento importante del tratamiento, lo crucial es la *totalidad* de los significados de las experiencias del paciente. En ocasiones, el significado que el paciente otorga a una situación puede no estar formulado de un modo

totalmente explícito, sino que es el propio terapeuta quien debe complementarlo.

Por ejemplo; Si al paciente le devuelven un manuscrito que esperaba publicar, su pensamiento automático inmediato podría ser, "He fracasado. Ha sido un esfuerzo inútil. Jamás volveré a escribir". Sin embargo, si el terapeuta le pregunta al paciente, "¿Qué significa esto para usted en cuanto a su futuro, a usted mismo y a sus experiencias?", probablemente obtenga una información adicional también relevante. El paciente podría responder, "Significa que soy un completo inútil, nunca seré capaz de hacer nada que merezca la pena. Jamás avanzaré en mi carrera ... Jamás seré feliz".

Si el terapeuta se fía exclusivamente de los datos de los pensamientos automátivos, olvida el significado crucial —aunque no haya sido expresado explícitamente: las consecuencias relativas al resto de su vida que el paciente está anticipando. Más aún, terapeuta y paciente deben investigar los supuestos que subyacen a estos significados y consecuencias anticipadas. En el caso citado, por ejemplo, el paciente podría estar operando con supuestos como "Un fracaso predice otros fracasos sucesivos" y "Nunca seré feliz si no consigo ser un buen escritor".

En la misma línea, el terapeuta debe estar en guardia para no captar explicaciones sencillas o simplistas; asimismo, debe verificar la fiabilidad de los informes del paciente sobre sus introspecciones. El terapeuta puede adquirir la suficiente confianza en sí mismo como para llegar a pensar que puede comprender la totalidad de una experiencia determinada entrando en el "mundo fenoménico" del paciente. Puede describirle a éste la experiencia tal como él la entiende y obtener feedback respecto a la exactitud de sus percepciones sobre la experiencia del paciente. La experiencia participativa, un componente de la "empatía", se describe con más detalle en el Capítulo 8.

6. *Reaccionar Negativamente ante los Pacientes Depresivos.* El terapeuta debe tener presente que trabajar con pacientes depresivos constituye a menudo una tarea dura y pesada. Debe abstenerse de hacer interpretaciones peyorativas de la conducta del depresivo (Capítulo 4). Tiene que darse cuenta de que el individuo depresivo puede pensar sinceramente que la terapia representa para él una posibilidad de ayuda verdaderamente pequeña, que su vida es difícil y el futuro, desesperanzador. Con frecuencia, los nuevos terapeutas:

a. intentarán eliminar de raíz las creencias del paciente de que su vida carece de valor, con lo cual éste se dará por vencido, pensando además que nadie le puede ayudar;

b. pensarán que el paciente tiene demasiadas resistencias y elaborarán una interpretación de su conducta en términos motivacionales (en lugar de investigar la base de su "oposicionismo", nihilismo o escepticismo, actitudes que suelen tener sus raíces en los supuestos inadecuados del paciente). Los terapeutas pueden así estar manipulando al paciente aun sin darse cuenta de ello. Por el contrario, el terapeuta podría interpretar constructivamente el escepticismo del paciente como un estímulo siempre presente para aplicar el método inductivo al "paradigma personal" del paciente, (Capítulo 4).

Uno de los mejores antídotos para evitar responder de forma inadecuada a las reacciones negativas del paciente hacia la terapia es intentar empatizar con él, tal como se describió en el apartado anterior. Entrando en el mundo fenoménico del paciente, el terapeuta podrá entender mejor cómo las "resistencias" de éste son consecuencia inevitable de su modo de interpretar la realidad.

7. *Aceptar el "Insight Intelectual".* El terapeuta no debe llevarse a engaño por las afirmaciones del paciente de que comparte las formulaciones del terapeuta a nivel "intelectual", pero no "emocional". Si la formulación del terapeuta es correcta, el paciente puede ir integrándola gradualmente en su sistema de creencias. Esto puede entenderse mejor con una demostración empírica.

Cuando un individuo sostiene una idea de cierta importancia, suele experimentar sentimientos subjetivos relativos a ella. Ha aprendido a "fiarse" de estos sentimientos subjetivos para pensar que la idea es correcta. (Evidentemente, este tipo de sentimienttos son a menudo fuente de confusión, produciendo interpretaciones inadecuadas que conllevan serias dificultades). Así, cuando el individuo dice "Comprendo —a nivel intelectual— lo que usted me está diciendo", simplemente está reconociendo la *posibilidad* de que la afirmación del terapeuta sea correcta, pero no le ha concedido demasiado valor. Lo que es "real" para él es su propia idea creencia —no las declaraciones o pontificaciones del terapeuta.

En el capítulo sobre los problemas técnicos (Capítulo 14), pueden encontrarse algunas recomendaciones referentes al procedimiento terapéutico para cuestiones relativas al insight "intelectual" vs. "emocional".

Maximización de los efectos de la terapia cognitiva

Los principios y técnicas generales de la terapia cognitiva se explicarán detalladamente en los siguientes capítulos del libro. Sin embargo, sería conveniente subrayar aquí algunos conceptos relevantes para incrementar la efectividad de la terapia a corto y largo plazo.

1. *Importancia de Crear un Clima de Empresa Común y de Colaboración con el paciente.* Cuanto más trabajen juntos terapeuta y paciente, más profunda será la experiencia de aprendizaje para ambos. El esfuerzo conjunto no sólo genera un espíritu cooperativo, sino también una sensación de exploración y descubrimiento. Estos factores incrementan la motivación y ayudan a superar muchos de los obstáculos inherentes a la psicoterapia.

2. *Importancia de Centrarse en las Variaciones y Fluctuaciones que Pueden Darse en la Depresión del Paciente.* Cuando el paciente experimenta una mejoría, el terapeuta debe animarle a que determine con exactitud qué método (si es el caso) piensa que ha contribuido en su mejoría. El empeora-

miento de los síntomas y recaídas deben ser "bienvenidos" y bien acogidos como una valiosa fuente de información para investigar los factores que han producido una agudización de la depresión, como una buena oportunidad para que el paciente ponga en práctica las técnicas para hacer frente a estos problemas. Este enfoque es representativo de la filosofía general de "transformar todo inconveniente en una ventaja". El terapeuta no debe mostrarse demasiado entusiasta ante ligeras mejorías, porque estas pueden deberse a "factores inespecíficos" tales como la relación terapeuta-paciente o las expectativas de éste. El terapeuta debe enfatizar la importancia de que el paciente *aprenda* métodos para hacer frente a la depresión, en vez de las posibles mejorías que hayan surgido sin ningún tipo de intervención activa por parte del paciente. Aunque atrayente a veces, el papel de "Dr. Sabelotodo" es menos efectivo que el modelo basado en una colaboración seria y objetiva a la hora de resolver los problemas.

3. *Enfasis en la Autoexploración.* Debe favorecerse que el paciente investigue el significado de los distintos fenómenos a lo largo del transcurso de la terapia y, especialmente, después de que ésta finalice. Incluso acontecimientos como la proximidad del fin de la terapia deben ser estudiados, analizando, en profundidad su significado.

4. *"Aprendizaje Dependiente del Estado" y Colaboración de las Personas Significativas.* Hemos observado que los pacientes aprenden mejor a analizar y hacer frente a sus dificultades cuando sus problemas aún están "calientes". Así, si experimentan sentimientos depresivos con sus cogniciones asociadas durante una sesión de terapia, se les puede preparar mejor para manejar el estado problemático cuando el terapeuta no esté presente. Por esta razón, a veces es conveniente "provocar" una situación problemática durante una sesión de terapia. Es más, se pueden concertar citas en momentos en que es probable que aparezca la situación problemática (por ejemplo, un fuerte sentimiento de soledad), momentos como los fines de semana o las últimas horas de la tarde. En ocasiones pueden necesitarse entrevistas telefónicas para superar el problema una vez que ha surgido. En lugar de ajustar y limitar el tratamiento del paciente al "lecho de Procusto" de la sesión terapéutica programada arbitrariamente, el terapeuta podría visitar al paciente en su propia casa para ayudarle a resolver un problema (por ejemplo, realizar las tareas domésticas o académicas) relacionado con una situación concreta. Hemos observado, por ejemplo, que las visitas profesionales de esta naturaleza a menudo producen mejores resultados que las visitas en la consulta. Nuestras observaciones a este respecto parecen ajustarse al concepto de "aprendizaje dependiente del estado": Lo que una persona aprende en un determinado estado tiene mayor probabilidad de generalizarse a ese estado específico que a otros. Así, la mejor ocasión para que un paciente aprenda a controlar eficazmente sus impulsos de suicidio es precisamente cuando éstos están presente.

Ya que las visitas en el domicilio del paciente son, a veces, imposibles de concertar, puede ser coveniente la colaboración activa por parte de un familiar o amigo del paciente. El "terapeuta auxiliar" puede ser entrenado para implementar determinadas estrategias terapéuticas en la situación de casa.

CAPITULO 2
EL PAPEL DE LAS EMOCIONES EN LA TERAPIA COGNITIVA

Es bastante evidente que la riqueza de la experiencia humana es una combinación de sentimientos y emociones. La mayoría de las personas dirán que lo que les parece más real o válido son sus sentimientos o emociones. Sin el concurso de las emociones, no existiría la sensación de descubrimiento, ni la diversión en las situaciones graciosas, ni la excitación que se produce al ver a una persona querida. Desprovistos de los sentimientos que hacen la vida rica y vibrante en vez de mecánica, los seres humanos operarían a un nivel puramente "cerebral".

En cierto sentido, la persona depresiva es como un ser puramente "cerebral": Puede ver la gracia de un chiste, pero no le divierte. Describe las cualidades positivas de su esposa e hijo sin ninguna satisfacción. Reconoce el atractivo de su comida favorita o de una pieza musical, pero sin experimentar ningún entusiasmo.

Paradójicamente, aunque la capacidad del depresivo para experimentar sentimientos positivos esté apagada, sí experimenta en grado muy agudo las vibraciones de emociones desagradables. Es como si su reserva de sentimientos estuviese orientada hacia las puertas de la tristeza, la apatía y la infelicidad.

Así, cuando tratamos con un paciente depresivo, nunca debemos perder de vista la gravedad de su *pérdida* —la constricción de su tristeza. Frecuentemente, los pacientes depresivos buscan ayuda principalmente porque ya no sienten amor hacia los miembros de su familia o porque han perdido las ganas de vivir. Por supuesto, en una exploración posterior, encontramos que también están presentes otras manifestaciones de la depresión.

El empleo de términos como Terapia racional o Terapia Cognitiva frecuentemente lleva a pensar en un conjunto intelectualizado de rituales que ignoran los sentimientos y las sensaciones y sustituyen la relación humana por una dialéctica estéril. El enfoque racional —o cognitivo— se ha confundido en ocasiones con la escuela filosófica del racionalismo y el movimiento racionalista cuyos pioneros fueron Ayn Rand y Nathaniel

Brandon. De hecho, Albert Ellis cambió el nombre de su enfoque, Psicoterapia Racional, por el de Terapia Racional Emotiva, a fín de subrayar la importancia de las emociones en la formulación de su teoría y terapia.

La *finalidad* de la terapia cognitiva consiste en mitigar las alteraciones emocionales y otros síntomas de la depresión. Los *medios* se centran en las interpretaciones erróneas del paciente, en su conducta contraproducente y en sus actitudes inadecuadas. No obstante, el terapeuta debe estar alerta y prestar atención a las ocasiones en que se produce una intensificación de las emociones negativas del paciente. El terapeuta debe ser capaz de empatizar con las experiencias emocionales dolorosas del paciente, así como de identificar las cogniciones inadecuadas y los límites entre pensamientos negativos y sentimientos negativos. Paralelamente, el terapeuta debería estar alerta a la menor señal de diversión y satisfacción a fín de fomentar estas emociones agradables. Cuando sea posible, el terapeuta debe ventilar los rescoldos de los afectos y la gratificación del paciente. Las personas de nuestra cultura, no familiarizadas con la tradición estoica, confieren una gran satisfacción a sus experiencias emocionales positivas. La pérdida de estos sentimientos positivos conlleva una sensación de no ser una "persona real", de llevar una existencia vacía. Desde el punto de vista de la terapia, el informe del paciente y la experiencia de estos sentimientos proporcionan una valiosa indicación de su mejoría y una guía para la aplicación de determinadas estrategias terapéuticas.

Debemos hacer notar, no obstante, que la terapia cognitiva no subraya *exclusivamente* el valor de investigar y dar importancia a las experiencias emocionales hasta el extremo propugnado por las escuelas de psicoterapia experiencial (ej., la Terapia Primigenia) (Primal Therapy) (Janov, 1970). Estas terapias "abreactivas" generalmente ignoran la relevancia de las ideas irracionales o inadecuadas en la producción de las reacciones emocionales inadecuadas y desechan el valor de las técnicas racionales para eliminarlas.

Desde el punto de vista de la teoría, varios autores han presentado argumentos convincentes de que una gran proporción de la mejoría terapéutica conseguida a través de diversas terapias puede ser atribuída a una modificación cognitiva. Por ejemplo, se ha aducido evidencia clínica y empírica a favor de la idea de que la mejoría producida en el curso de la desensibilización sistemática está mediatizada por una reestructuración cognitiva (por ejemplo, Breger y McGaugh, 1965). Paralelamente, Ellis ha indicado que el principal motor para el éxito de las terapias "del sentimiento", como la terapia experiencial de Gendlin, es la reorganización cognitiva.

Se ha mostrado que determinados tipos de "problemas emocionales" distintos de la depresión consisten en algo más que la evocación de la mera emoción. Trabajos empíricos serios han demostrado el papel crucial de los factores cognitivos en la aparición y eliminación de la ansiedad (Lazarus, 1966; Meichenbaum, 1977), y de los enfados (Novaco, 1975). De hecho, se evitarían muchas confusiones si los trastornos emocionales se denominasen "trastornos psíquicos".

Además de incluir una detallada formulación de la relación entre emociones y procesos cognitivos, la terapia cognitiva utiliza "técnicas emocionales" que se incluyen en el repertorio terapéutico. Hemos observado que la expresión espontánea de las emociones y la intensificación de éstas a través de técnicas como la "consciencia sensorial" y la "inundación" son instrumentos importantes siempre que se ensamblen en el programa de modificación cognitiva. De hecho, dado que un componente esencial de la terapia cognitiva de la depresión consiste en establecer la conexión entre una emoción desagradable y las cogniciones antecedentes o la actitud previa, obviamente es esencial centrarse en y discriminar las reacciones emocionales del paciente.

Identificación y expresión de las emociones

Ya hemos mencionado la importancia de asignar el papel adecuado a las emociones dentro del modelo cognitivo de personalidad y psicopatología (Capítulo 1). Hemos enfatizado anteriormente la importancia de designar el enfoque cognitivo como una terapia "humanista", en contraposición a las terapias "mecanicistas". Es crucial, por lo tanto, que el terapeuta poco experimentado sea siempre consciente de los cambios que se den en las reacciones emocionales del paciente —así como en las suyas propias. Es más, la pronta detección de las reacciones emocionales inadecuadas o exageradas del paciente es muy importante como señal de una cognición inadecuada.

Algunos pacientes (especialmente los varones) pueden negar inicialmente el hecho de que se sienten tristes; sin embargo, generalmente se hacen conscientes de y reconocen sus propios sentimientos una vez que han quedado claros otros síntomas depresivos. Hemos observado, por ejemplo, que algunos pacientes que respaldan la frase "no me siento triste ni desgraciado" en el primer grupo de afirmaciones del Beck Depression Iventory (Inventario de depresión de Beck) cambian su respuesta por "Me siento muy triste" una vez han completado todo el cuestionario.

Ocasionalmente, un paciente puede presentar una amplia variedad de síntomas asociados a la depresión (por ejemplo, pérdida de energía, trastornos del sueño, pérdida del apetito, actitudes negativas), pero, en lugar de quejarse de sentimientos de tristeza, lo hace por la pérdida o disminución de los sentimientos positivos: por ejemplo, por la pérdida de cariño hacia su esposa, sus hijos o sus amigos; la ausencia de entusiasmo ante nuevas actividades; la disminución de la sensación gratificante por actividades generalmente satisfactorias. Este tipo de paciente puede experimentar cierta apatía, pero no será consciente de la tristeza.

A la hora de determinar las reacciones emocionales del paciente, el terapeuta debe tener cuidado para no caer en la trampa semántica de interpretar como una emoción cualquier frase que siga a la palabra "siento". Cuando una persona hace afirmaciones del tipo "Siento que soy un inútil" o "Siento que he de tener éxito para ser feliz", está verbalizando una *idea* que puede o no estar asociada con un sentimiento. O bien puede estar expresando

tentativamente un concepto —como si dijese "Me doy cuenta de que ésta puede no ser una idea defendible. Podría decir "Siento en vez de Creo". Los terapeutas de la escuela experiencial quizás se limitasen a estas palabras prefabricadas ("Siento"), llevándose así al error de creer que estarán más cerca de los "verdaderos" sentimientos del paciente si recapitulan, "Así pues, usted siente que ..." (Sería deseable para el terapeuta cognitivo conseguir un punto de partida para hacer las transformaciones adecuadas de "Siento que ..." a "Usted cree que ...")

Tras llegar a un consenso con el paciente acerca de la distinción semántica entre *sentimientos* (tristeza, alegría, enfado, ansiedad) y *pensamientos* u opiniones, el terapeuta debería intentar evaluar la capacidad del paciente para detectar e identificar sus sentimientos. En general, los pacientes depresivos no suelen tener grandes dificultades para identificar sus sentimientos y relacionar la activación o intensificación de los sentimientos negativos con situaciones específicas. En ocasiones, no obstante, los pacientes parecen independizar sus sentimientos del resto de su conducta. Una paciente, por ejemplo, sentía un nudo en la garganta tras las experiencias desagradables. Infería, así, —e incluso lo experimentaba—, un sentimiento de tristeza. Otra paciente comenzaba a llorar cuando anticipaba un sentimiento desagradable. Afirmaba, "Estoy llorando, luego espero sentirme triste". En una exploración más profunda, descubrió que experimentaba una punzada de tristeza antes de desear llorar —lo cual indica que no estaba simplemente infiriendo la presencia de la tristeza a partir del hecho de estar llorando.

Durante la elaboración de la historia, al paciente puede expandir su esfera de conciencia hasta abarcar los sentimientos desagradables. Un ama de casa de 35 años, por ejemplo, se quejaba de una gran fatigabilidad, lasitud y, en general, debilidad física desde hacía casi un año, pero su aspecto era alegre y afirmaba no haber experimentado sentimiento alguno de tristeza e infelicidad. Le dijo al psiquiatra, "No comprendo en absoluto por qué me siento cansada a toda horas. Tengo un marido que me quiere y dos hijos encantadores. No tengo problemas en mi matrimonio ... realmente, tengo todo lo que una persona puede desear". El terapeuta le pidió que refiriese hechos más concretos acerca de las relaciones con su marido. Cuando ella comenzó a describir interacciones específicas con su marido, se puso a sollozar —para su propia sorpresa y la del terapeuta. No sabía cómo conciliar su sentimiento de tristeza con su visión rosada del matrimonio.

A medida que describía algunas de las pautas de conducta típicas de su marido, comenzó a llorar sin poder controlarse. Tras haber recobrado su compostura, dijo, "Sabe ... creo que estas cosas me preocupan más de lo que pensaba". Manifestó que *ahora* se sentía verdaderamente triste. Cuando comenzó a tratar los problemas con su marido, su tristeza aumentó. A partir de entonces, la tristeza constituyó un excelente termómetro de la gravedad de sus problemas matrimoniales. Una vez que aprendió a centrarse en sus sentimientos, llegó a ser capaz de relacionar sus sentimientos de tristeza con determinadas cogniciones, como "El es muy desconsiderado", "Siempre hace lo que se le antoja", "No le importan nada mis deseos", "Actúa como si yo fuera un niño caprichoso".

En el trascurso del tratamiento, la paciente observó que, a medida que se iba haciendo capaz de modificar el absolutismo de las evaluaciones sobre su marido, experimentaba un cierto alivio de la tristeza y otros síntomas depresivos. Antes de la terapia, solía etiquetar a su marido como "totalmente bueno" o "totalmente malo", si bien rápidamente rechazaba las etiquetas de "malo". Se le sugirió que informase más explícitamente a su marido acerca de sus deseos; encontró que él mostraba una excelente responsividad. Casi al mismo tiempo, la paciente volvió a sentirse tan feliz, viva y llena de energía como antes de la depresión. Es interesante señalar que, durante los 15 años transcurridos desde esta consulta, la paciente se ha visto libre de síntomas depresivos.

Los problemas principales de esta paciente giraban en torno a (a) la tendencia a interpretar sus experiencias en términos extremos y (b) el rechazo de toda idea o sentimiento disonante con su excesivamente romántica visión del mundo. Así, antes de casarse, pensaba que su marido era perfecto y tenía idealizada su relación con él. En el plano real, su marido, aunque atractivo y simpático, era egocéntrico y dominante. A fin de preservar su sueño de una relación armoniosa, la paciente había subordinado automáticamente sus propios deseos a los de él. Periódicamente, no obstante, experimentaba pensamientos extremadamente negativos acerca de él; pensamientos tales como, "Es cruel y desalmado" y se sentía triste y molesta. Aunque rechazaba rápidamente estos pensamientos, los sentimientos desagradables persistían. Entonces, se esforzaba por eliminar los sentimientos disfóricos, dado que eran discordantes con su visión de sí misma como una persona feliz a la que le van bien las cosas. La fatigabilidad y la pérdida de energía venían suscitadas en gran medida por ese esfuerzo para negar la existencia de los problemas. Asimismo, la gran discrepancia entre sus idealizadas expectativas y sus satisfacciones reales dejaba en ella un cierto regusto de decepción permanente; éste minaba sus sentimientos de vitalidad y coartaba su espontaneidad.

Cuando la paciente se hizo capaz de identificar la tristeza e irritación, se le animó a ver a su marido de una manera más realista —ni como el Caballero de la Brillante Armadura ni como Simon Legree. El último paso consistió en reestructurar la relación con su marido. El terapeuta le ayudó a conseguirlo mediante distintas técnicas de entrenamiento en asertividad, incluido el role-playing (ver Capítulo 7).

Este caso ilustra la importancia de formular preguntas bien elegidas para elicitar los sentimientos del paciente antes de pasar a explorar los pensamientos inadecuados y las creencias erróneas. Asimismo, subraya la necesidad de desvelar determinados detalles sobre la situación de la vida diaria del paciente y no aceptar sin más las afirmaciones generales por parte de éste —tanto si son positivas como negativas. En contraposición a esta mujer, sin embargo, la mayoría de los pacientes depresivos suele hacer

únicamente generalizaciones extremadamente *negativas*, que se derrumban cuando el terapeuta comienza a explorar detalles concretos.

Como nota final en el contexto de la importancia de animar al paciente a expresar sus sentimientos, hemos observado que a veces éste queda sorprendido al comprobar que el teapeuta acepta e incluso empatiza con sus sentimientos de tristeza e infelicidad. Por ejemplo, tras una respuesta cálida y de aceptación a sus expresiones de desesperación, un policía estuvo llorando durante cinco minutos; a continuación dijo, "Es la primera vez que lloro desde que era niño". Sintió un alivio inmediato y comenzó a salir de un largo periodo de depresión.

El papel de las emociones en la relación terapéutica

Evidentemente, casi todos los componentes de la relación terapéutica tienen aspectos emocionales. Cuando la relación va bien, el paciente suele experimentar sentimientos positivos hacia el terapeuta, tiene esperanzas de que le puedan ayudar, se siente agradecido al terapeuta, tiene una agradable sensación de seguridad cuando piensa en entrevistarse con él y anticipa con ilusión la siguiente sesión terapéutica. Paralelamente, el terapeuta puede experimentar un amplio rango de reacciones emocionales hacia el paciente —empatía, interés, deseo de ayudar y satisfacción por ser capaz de ayudar al paciente.

La eficacia de la relación terapéutica depende en gran medida de la capacidad del paciente para experimentar y expresar sus sentimientos durante la sesión terapéutica. Los pacientes depresivos manifiestan con frecuencia un sentimiento de "falta de autenticidad". Interpretan como un signo de insinceridad su dificultad para expresar ante otras personas cómo y qué sienten y el hecho de mantener una fachada social para disimular su pérdida de sentimientos positivos. A partir de aquí, muchos pacientes depresivos afirman que el mero hecho de ser capaces de expresarse emocionalmente —sin reservas— les ayuda a restablecer el sentido de honestidad y autenticidad. Por ejemplo, el paciente puede decir, "Probablemente soy débil para dar rienda suelta a mis sentimientos, pero, al menos, soy honesto en lo que a este tema se refiere. "Así, la libertad del paciente para ser "él mismo" durante la sesión le aligera el peso de encubrir sus sentimientos e intentar tener siempre buena cara.

La vergüenza del paciente respecto a sus sentimientos abarca un amplio rango de actitudes emocionalizadas: la disminución de su capacidad de expresar amor o, incluso, de experimentarlo; su irritación, especialmente hacia quienes son importantes para él, y su omnipresente ansiedad. Por encima de todo, los pacientes se sienten avergonzados cuando su tristeza parece excesiva e inadecuada para la situación. Por ejemplo, un paciente puede decir, "Tengo cuanto se puede desear y, aun así, me siento desgraciado, disgustado e insatisfecho con todo." Los pacientes pueden reprocharse a sí mismos su aparente falta de aprecio hacia sus "bienes" e incluso pueden experimentar intensos sentimientos de culpabilidad "hacia la gente, que se porta tan bien conmigo." De hecho, algunos depresivos se sienten peor cuando sus amigos y familiares les muestran especial consideración y amabilidad.

Las reacciones emocionales de este tipo y la no poco frecuente experiencia de disminución o pérdida del sentimiento de amor (o incluso irritabilidad) hacia su círculo de amigos y familiares son tópicos acerca de los cuales a los pacientes depresivos les cuesta mucho hablar, excepto en el contexto de la terapia. Incluso en este caso, no es muy probable que el paciente los saque a colación hasta que el terapeuta no haya establecido una buena relación con él y se muestre comprensivo con las reacciones de "vergüenza" del paciente. El hecho de abrirse, de descubrirse alivia al paciente de la tensión de tener que suprimir o disimular sus sentimientos. Es probable que la aceptación por parte del terapeuta de los sentimientos negativos del paciente reduzca los sentimientos de culpabilidad y autocastigo.

También parece que muchos pacientes se sienten aliviados tras haber llorado durante la sesión terapéutica. En muchos casos, el llanto sin inhibiciones parece tener algunas propiedades terapéuticas intrínsicas. Los efectos de la terapia se ven intensificados cuando el paciente experimenta la sensación de tener un lugar donde expresarse libremente sin ser juzgado. Sin embargo, algunos pacientes reaccionan muy mal tras haber llorado durante una sesión. Especialmente los hombres pueden considerar el llanto como signo de debilidad. Otros pacientes tienen problemas para controlar el llanto, e incluso pueden pasarse llorando toda la sesión a no ser que el terapeuta ponga en práctica estrategias específicas (distracción o control conductual) para contrarrestar este problema. Como se discutirá en el capítulo sobre problemas especiales, entrenar al paciente para que pueda controlar su llanto puede ser un pre requisito vital para favorecer una comunicación constructiva con él.

El terapeuta siempre debe tener en cuenta que está tratando al paciente y no a sí mismo. En otras palabras, es de particular importancia que el terapeuta no se sirva de la terapia para resolver sus propios problemas. Sin embargo, a veces hemos oído de terapeutas que mostraban una gran empatía con el paciente que se han puesto a llorar al hacerlo éste; aparentemente, este tipo de intercambio tiene cierto valor terapéutico para construir un puente de acercamiento al paciente. Con todo, esta clase de respuestas siempre se ha dado entre terapeutas muy experimentados que sabían bien cuándo era momento de expresar sus propios sentimientos.

Liberación de emociones

Cuando hablamos de "liberación de sentimientos", estamos empleando, evidentemente, una metáfora. La metáfora se basa en la imagen de una fuente de emociones interna que presiona por ser liberada. En esta imagen, la emoción fluye hacia el exterior del mismo modo que el agua mana de un manantial. Muchos terapeutas, sin embargo, toman la metáfora al pie de la letra e inducen al paciente a expresar sentimientos que no están realmente

presentes. Algunos terapeutas de la "escuela expriencial" trabajan con el supuesto de que "los sentimientos negativos" son la fuente de todos los problemas y que la liberación de tales sentimientos logrará, mágicamente, que el paciente mejore. Si bien es cierto que el paciente puede *sentirse* mejor después de haber expresado sus sentimientos, esta experiencia puede no ejercer por sí misma ningún efecto duradero sobre la terapia y, de hecho, no es el principal ni el único componente de ésta: en el transcurso del tratamiento, puede haber momentos en que el paciente empeore.

En contraposición, a algunos pacientes les parece vergonzosa la expresión de los sentimientos. Aunque pueden mostrarse deseosos de hacer una descripción intelectual de sus sentimientos, pueden inhibir la expresión de las emociones (sollozos; accesos de ira; trémulas verbalizaciones; apretar los puños). Dadas estas condiciones, tales pacientes son incapaces de percibir los beneficios de una verdadera "catarsis". En estos casos, puede hacerse necesario identificar las objecciones que el paciente se hace para expresar sus propios sentimientos antes de que pueda permitirse a sí mismo expresarlos.

El terapeuta debe adoptar la postura de que, sean cuales fueren los sentimientos del paciente, éstos pueden discutirse adecuadamente durante la sesión. Es decir, todos los sentimientos son aceptables. Sin embargo, es importante estructurar la sesión de modo que no se dedique todo el tiempo a la "emocionalidad" del paciente. Especialmente cuando las reacciones emocionales de éste son exageradas o están basadas en ideas irracionales, es importante animarle a explorar las actitudes que parecen estar generando los sentimientos exagerados. Algunos terapeutas son particularmente vulnerables a la irritación del paciente hacia ellos o hacia sus críticas. El terapeuta debe recordarse a sí mismo que este tipo de expresiones negativas forman parte del repertorio normal de emociones y que suelen verse acentuadas en las personas con desórdenes psicológicos, por lo cual no debe desanimarse. No obstante, mantener continuas arengas con el paciente también puede resultar contraproducente. El manejo terapéutico de este tipo de situaciones se discutirá en el capítulo sobre problemas especiales.

Paralelamente, mientras que la experiencia de sentimientos cálidos y de gratitud hacia el terapeuta sueñe acelerar la terapia, en ocasiones el paciente puede llegar a estar tan anclado en sus sentimientos positivos hacia el terapeuta que no avance en la terapia. Es más, el paciente puede verse envuelto en una intensa reacción de "transferencia" hacia el terapeuta, lo cual se convierte en un problema. Algunos pacientes pueden abandonar la terapia por sentirse inclinados hacia el terapeuta, en tanto que otros pueden pretender dominar la relación mediante expresiones de afecto o de amor; pueden desear satisfacer sus deseos eróticos hacia el terapeuta, bien en la sesión terapéutica o fuera de ella. Si el paciente desea finalizar el tratamiento a causa de tales reacciones, el terapeuta debería animarle a sarcarlas a la luz para poder examinarlas. En cualquier caso, existen varias técnicas para tratar dichas reacciones.

Por ejemplo, cuando un paciente "se enamora" del terapeuta, puede

resultar útil pedirle a la paciente que escriba todas las características positivas que ve en él. Entonces, pueden examinarse las reacciones intentando encontrar la evidencia que las apoye. Después de haber hecho esto, se suele poner de manifiesto que el concepto que la paciente tiene del terapeuta corresponde más bien a imágenes grandiosas de él y a expectativas de mantener con él algún tipo de idilio independientemente de la terapia.

Paralelamente, la antipatía persistente hacia el terapeuta puede corregirse haciendo que el paciente elabore una lista con todos los atributos negativos que le asigne al terapeuta y, una vez realizada tal lista, examinando la evidencia que existe realmente a favor de cada uno de estos atributos. Estas técnicas forman parte del proceso de "prueba de realidad", intrínseco a la terapia cognitiva.

Hacer una señal que interrumpa las explosiones de cólera del paciente es esencial para que éste tenga una oportunidad de expresar sus sentimientos negativos, pero no llegue al extremo de que la ira "escape a su control". Tras expresar sus sentimientos negativos hacia el terapeuta o hacia cualquier otra persona, muchos pacientes son capaces de recapacitar y evaluar sus sentimientos; es decir, que, espontáneamente, comienzan a plantearse si existe una base válida para sus reacciones. Otros pacientes, en cambio, necesitan que se les dirija para poder hacer un balance terapéutico entre sus expresiones emocionales y la discusión racional. El trabajo experimental de Robert Green y Edward Murray (1975) sugiere que la reestructuración racional se ve facilitada por la liberación de las emociones.

Si el paciente comienza a sentirse mejor después de expresar su sentimiento, esto puede constituir un ciclo favorable. Dado que el paciente depresivo puede haber perdido la esperanza de volver a sentirse bien, esta experiencia positiva ayuda a fortalecer su ánimo y lo motiva para seguir cooperando en la terapia. Cualquier indicio de que el paciente se siente mejor suele incrementar su motivación hacia la terapia aumentando la eficacia de ésta.

CAPITULO 3
LA RELACION TERAPEUTICA: APLICACION A LA TERAPIA COGNITIVA

La terapia cognitiva consiste en varias técnicas de tratamiento específicas, cada una de las cuales se aplica de un modo lógico, planificado y adaptado a cada paciente individual. Al igual que sucede en otras teapias, el terapeuta cognitivo aplica las distintas técnicas en el contexto de un tipo de relación interpersonal concreta. El modo como el terapeuta aplica las técnicas ejerce una influencia directa sobre la naturaleza de la relación terapeuta-paciente y viceversa.

En este capítulo se describe la naturaleza general de la colaboración terapéutica en la terapia cognitiva y las características del terapeuta que pensamos facilitan la aplicación de las distinas técnicas. Estas características proporcionan un modelo con referencias al cual el terapeuta puede evaluar sus propias actitudes. Por último, se presentan los detalles concretos para preparar al paciente para el tratamiento, la formulación del plan de tratamiento, y la realización de sesiones de tratamiento orientadas a la consecución de un objetivo

Características deseables del terapeuta

Entre las características generales del terapeuta que facilitan la aplicación de la terapia cognitiva (así como la de otros tipos de terapia) se cuentan la aceptación, la empatía y la autenticidad. Estas características influyen sobre las actitudes y conductas del terapeuta durante el tratamiento. Si se concede una importancia excesiva a estos atributos, o si se utilizan ingenuamente, pueden convertirse en perjudiciales para la colaboración terapéutica. Por el contrario, un terapeuta que posea estas cualidades y que las utilice adecuadamente puede lograr un considerable incremento en la efectividad del tratamiento.

Pensamos que estas características en sí mismas son necesarias, pero no suficientes para conseguir un efecto óptimo de la terapia. No obstante, en la medida en que el terapeuta sea capaz de mostrar estas cualidades, está

contribuyendo a crear un ambiente en que se pueden aplicar más eficazmente las técnicas cognitivas.

Son necesarias unas palabras de advertencia. Con frecuencia, las técnicas cognitivas y conductuales *aparecen* engañosamente simples. En consecuencia, el terapeuta neófito puede verse orientado equivocadamente, hasta el punto de llegar a ignorar los aspectos humanos de la interacción terapeuta-paciente. Así, puede mantener con el paciente una relación como la de un computador con otro, en lugar de una persona con otra. Algunos terapeutas jóvenes, muy diestros en la aplicación de las distintas técnicas, les parecen a sus pacientes mecánicos, manipulativos y más interesados por las técnicas en sí que por el paciente. Es importante recordar que las técnicas que se describen en este libro deben ser aplicadas de un modo discreto, terapéutico y humano por una persona falible —el terapeuta.

Aceptación

La aceptación, la preocupación sincera y el interés por el paciente pueden contribuir a contrarrestar la tendencia de éste a percibir al terapeuta como indiferente o distante, o a verse a sí mismo como una carga para el terapeuta. Es decir, una actitud de aceptación por parte del terapeuta puede contribuir a corregir determinadas distorsiones cognitivas negativas que el depresivo aporta a la relación terapéutica, así como a otras relaciones. Es de crucial importancia recordar que el factor determinante de la respuesta del paciente es su *percepción de la aceptación*, más que el grado real de aceptación que muestre el terapeuta.

Por otro lado, el terapeuta debe ser muy precavido a la hora de mostrar esta actitud de aprobación. Si el terapeuta es demasiado activo en sus muestras de preocupación e interés (o, lo que es más importante, si el paciente piensa que esta actitud de aceptación es demasiado intensa), el paciente puede reaccionar de forma negativa. Por ejemplo, puede pensar, "Yo no merezco tanto interés", o "Estoy defraudando al terapeuta porque parece que le caigo bien y yo sé que soy un inútil". O bien, puede malinterpretar los motivos del terapeuta: "No es sincero", o "¿Cómo puede caerle bien un inútil como yo?". A veces, el paciente puede interpretar las expresiones de aprobación e interés como signos de profundo afecto o incluso de amor, llegando a su vez a enamorarse del terapeuta (ver Capítulo 2). Con todo esto, el terapeuta se ve obligado a mostrar una actitud abierta y cálida, pero evitando siempre mostrarse efusivo o excesivamente solícito.

En resumen, el terapeuta debe establecer un equilibrio adecuado a la hora de mostrar una actitud cálida. El paciente puede interpretar una aceptación demasiado escasa como rechazo, en tanto que una muestra de interés excesiva puede interpretarse tanto en un sentido negativo como positivo. Así pues, el terapeuta debe atender cuidadosamente a los indicios que puedan sugerir que sus actitudes son contraproducentes.

El camino más seguro consiste en preguntarle directamente al paciente cómo percibe al terapeuta; por ejemplo, distante, despótico, poco sincero; o demasiado implicado emocionalmente con él. Las respuestas del paciente suelen constituir pautas útiles sobre la mejor manera de relacionar con él; al mismo tiempo, proporcionan información concreta relativa a determinados aspectos hacia los cuales el paciente está especialmente sensibilizado y relativa a posibles distorsiones cognitivas.

Generalmente, el terapeuta expresa su aceptación e interés en sus gestos, en el tono de voz y en el modo de construir las frases. Como mejor se aprenden estas conductas es observando a clínicos experimentados. El terapeuta experimentado modificará a menudo la frecuencia e intensidad de sus manifestaciones de interés y aceptación en función de la fase de la terapia. Al comienzo del tratamiento, el paciente puede necesitar más expresiones de calidez y aprobación. Posteriormente, puede llegar a asumir el hecho de que el terapeuta se interesa por él, necesitando así menos demostraciones explícitas de aceptación.

Empatía

La empatía se refiere al mejor modo como el terapeuta puede entrar en el mundo del paciente, ver y experimentar la vida como lo hace éste. De hecho, el terapeuta experimentará, en cierto grado, los sentimientos del paciente. En la medida en que su empatía sea adecuada, el terapeuta podrá entender cómo estructura el paciente ciertos eventos y cómo responde a ellos. Es más, puede dejar entrever que es capaz de compartir en cierto modo la angustia del paciente. Esta expresión ayuda al paciente a percibir al terapeuta como un ser comprensivo, facilitando, por lo tanto, la posterior manifestación de los sentimientos y cogniciones. A este respecto, una empatía adecuada facilita la colaboración terapéutica (ver Rogers, 1951).

Pero además, existen otras ventajas derivadas de la empatía. Si el terapeuta logra percibir adecuadamente y compartir las expectativas del paciente, le resultará más fácil dar sentido a las conductas infructuosas del paciente y evitar emitir juicios de ellas. Por ejemplo, el terapeuta puede darse cuenta de que un paciente "negativista" o que muestra "resistencias" es, en realidad, una persona que se ve a sí misma tan incompetente y desesperada que piensa que no va a ser capaz de responder preguntas o de realizar las tareas asignadas para casa; por eso, ni siquiera lo intenta. El terapeuta empático debe ser capaz de comprender que el "paciente cínico" es una persona que, en el pasado, se ha sentido "defraudada" tantas veces que se muestra muy cautelosa ante la posibilidad de otras frustraciones.

La irritación que produce en el terapeuta el cinismo o el negativismo del paciente puede mitigarse mediante la comprensión empática de cómo las expectativas negativas del paciente le han hecho desconfiado y nihilista. Intentando proyectarse en el microcosmos del paciente, el terapeuta estará menos inclinado a reaccionar de un modo antiterapéutico. Más aún, "ensayando" las actitudes y cogniciones negativas del paciente, el terapeuta empático puede comenzar a desarrollar antídotos o contraargumentos para estas ideas negativas. A medida que comienza a "penetrar" en el mundo del

paciente, el terapeuta puede verificar la exactitud con la que se está aproximando a la visión del paciente, *comprobando si sus propios sentimientos evocados se corresponden con los de aquél.* (Los terapeutas pueden mejorar sus respuestas empáticas mediante varios procedimientos de entrenamiento, como, por ejemplo, asumir el rol del paciente en una entrevista simulada).

El terapeuta debe tener cuidado de no proyectar sus propias actitudes y expectativas en el paciente, ya que ello podría distorsionar el informe de éste. Por ejemplo, un paciente depresivo cuya madre acaba de fallecer no tiene por qué sentirse necesariamente triste o alterado. Algunos pacientes pueden interpretar tal fallecimiento en términos positivos —como un escape de un entorno duro y cruel. El terapeuta debe hacer que cada paciente exprese claramente su modo de reaccionar ante casos de este tipo.

En el extremo contrario, una fe excesiva en la empatía puede llevar al terapeuta a aceptar como verídica la representación negativa autómatica del paciente acerca de sí mismo y del mundo. Si el terapeuta no busca datos adicionales aparte de los que el paciente haya mencionado espontáneamente, puede llegar a creer que las interpretaciones de éste son fieles representaciones de su situación real. Así pues, debe buscar el equilibrio entre su comprensión empática y la comprobación objetiva de las instrospecciones del paciente con otras fuentes de información; asimismo, debe someter a prueba la lógica implícita en las inferencias y conclusiones del paciente.

Es importante dejar clara la distinción entre empatía y simpatía. La segunda se refiere más bien a un sentimiento de compasión hacia el paciente, a un compartir activo de su tristeza. Una respuesta abiertamente compasiva puede anular los intentos del terapeuta por suprimir las fuentes de angustia del paciente. La empatía, por otro lado, incluye un componente intelectual (además del emocional, por supuesto), a saber, conocer la base cognitiva de los sentimientos del paciente; implica asimismo la capacidad de mantenerse independiente de los sentimientos del paciente (que pueden incluir ira o ansiedad, junto con la tristeza) a fín de preservar la objetividad hacia sus problemas. Aunque empático puede darse cuenta de cómo el pensamiento del paciente le lleva a un determinado sentimiento, no tiene por qué estar de acuerdo con tal pensamiento si éste es erróneo, ilógico o si acentúa un problema, en vez de resolverlo. Deberíamos subrayar, no obstante lo valioso que es el hecho de que el terapeuta acepte que los pensamientos, sentimientos y deseos del paciente son válidos para éste, por lo cual él no debería ignorarlos, rechazarlos ni intentar "hablarle al paciente como si no existieran."

Autenticidad

La utenticidad es un importante ingrediente en todos los tipos de terapia psicológica. Un terapeuta que posea esta característica será honesto consigo mismo, así como con el paciente. Sin embargo, nunca debe verse limitado o perjudicado a causa de la franqueza. En vista de la tendencia del

depresivo a atender selectivamente a lo negativo y a extraer evidencia de sus propias deficiencias, el terapeuta debe conjugar la honestidad con la diplomacia. El paciente puede malinterpretar la franqueza, percibiéndola como una crítica, hostilidad o rechazo. Es más una afirmación positiva rotunda —incluso aunque sea sincera— puede provocar reacciones antiterapéuticas.

Pero la autenticidad en el terapeuta no es suficiente; debe poseer además la *capacidad* de comunicarle su sinceridad al paciente; debe penetrar en el sistema de distorsiones del paciente a fín de transmitir una imagen realista de sí mismo. El terapeuta poco experimentado puede llegar a asegurarle al paciente que se recuperará. Ante esta clase de "promesas", el paciente, que suele tener escasas esperanzas, percibe al terapeuta como poco sincero, poco comprensivo, o absurdo. (Lo mejor es demostrar al paciente que sus síntomas pueden eliminarse corrigiendo sus ideas poco realistas y sus conductas contraproducentes). Paralelamente, intensificar la dedicación al paciente puede provocar sospechas o pensamientos cargados de culpabilidad, como "¿Por qué afirma que se preocupa tanto por mí?" o "Yo no merezco tanta atención."

La interacción terapéutica

Habiendo considerado ya las características del terapeuta que resultan positivas para el tratamiento, pasemos a centrarnos en el desarrollo y mantenimiento de la relación terapéutica. La relación implica tanto al paciente como al terapeuta y se basa en la confianza, el *rapport* (acuerdo mutuo) y la colaboración. Probablemente las terapias cognitivas y conductuales requieren el mismo clima terapéutico de fondo que ya ha sido descrito explícitamente en el contexto de la terapia psicodinámica.

Confianza básica

La importancia de la *confianza básica* en la relación terapéutica se ve ilustrada en la siguiente descripción de Chassell (1977):

> Se introduce un *factor oscuro* por la existencia de la confianza básica, la pseudoconfianza básica y la desconfianza básica. Los pacientes con confianza básica sincera tienden a mostrar progresos en la transferencia positiva, ya que desean tener un objeto bueno que les ayude cuando estén en dificultades; tratarán al terapeuta con una gran tolerancia, probado que no contradice excesivamente esta imagen. Los pacientes con pseudoconfianza pueden mostrar curiosos fenómenos de transferencia: enfatizar su necesidad de dependencia, poner a éste en un pedestal —y todo tipo de sospechas infantiles acerca de su *buena fe* (el subrayado es nuestro). Los pacientes con desconfianza básica bien pueden no hacer ningún progreso verdadero hasta que este problema esté solucionado, al menos en parte, y serán muy conscientes de los indicios de discrepancia en la actitud del terapeuta, al tiempo que le atribuirán actitudes que, de hecho no existen. Muy probablemente, el carácter histérico pertenece al grupo de los pacientes con pseudoconfianza; el carácter obsesivo pertenece a este grupo con toda seguridad (Pág. 11).

En un intento de fomentar o elicitar la confianza en el seno de la relación, el terapeuta cognitivo sopesa cuidadosamente la importancia de la

autonomía (dejar al paciente que hable, haga planes, etc.) y la necesidad de estructuración (mostrándose directivo el terapeuta, tomando la iniciativa, etc.); la formalidad y el interés (ser puntual, responder a las llamadas telefónicas, etc.) y la importancia de ponerle límites a la situación (decidir no hacer en su lugar lo que el paciente pueda hacer por sí solo); ser una "persona real" (cordial y con cualidades humanas) y ser objetivo y discreto. En general, en las fases iniciales del tatamiento, el terapeuta suele estructurar más la situación, mostrarse más interesado y más "implicado" en los problemas del paciente. En la segunda mitad del tratamiento, el terapeuta anima al paciente a tomar la iniciativa (por ejemplo, a planificar la agenda para las sesiones y el trabajo para casa); espera que el paciente haga más cosas por sí solo y se implica a sí mismo en la terapia menos que en fases anteriores.

Importancia del Rapport

Aunque de importancia relativamente menor en el tratamiento de ciertas alteraciones, como las fobias, el rapport es un componente crucial en el tratamiento de los pacientes depresivos. El término *rapport*, se refiere en general, a un acuerdo armonioso entre varias personas. En la relación terapéutica el rapport consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales. Cuando se establece este tipo de relación, el paciente percibe al terapeuta como alguien (a) que sintoniza con sus sentimientos y actitudes, (b) que es simpático, empático y comprensivo (c) que le acepta con todos sus "defectos", (d) con quien puede comunicarse sin tener que explicar detalladamente sus sentimientos y actitudes ni "desmenuzar" todo cuanto dice. Cuando el rapport es óptimo, paciente y terapeuta se sienten seguros y cómodos uno con otro. Ninguno de ellos se muestra a la defensiva, excesivamente precavido, desconfiado o inhibido.

Con el término "aceptación" no queremos decir que el terapeuta apruebe o esté de acuerdo con todo cuanto el paciente dice, sino únicamente que no le juzga. Esto ayuda al paciente a desprenderse de su máscara social y proporciona la base para una relación más auténtica con el terapeuta.

El terapeuta que experimenta la sensación de rapport se siente interesado por el paciente. Al igual que éste, respira cierta libertad en la comunicación entre ambos. Experimenta empatía y siente que ambos están en la misma longitud de onda; sabe que puede hablar espontáneamente sin temer que sus palabras sean malinterpretadas.

Evidentemente, la libre expresión de los sentimientos por parte del paciente hace más fácil que el terapeuta experimente el rapport y la empatía. Es mucho más fácil empatizar cuando el paciente es capaz de comunicar sus sentimientos con claridad que cuando el terapeuta tiene que hacer verdaderos esfuerzos por descubrir los sentimientos del paciente. Además de tener la sensación de ser aceptado y comprendido, el paciente percibe al terapeuta como una persona que le quiere ayudar y que puede hacerlo.

Suele ser positivo para el tratamiento que el terapeuta exprese *acertadamente* sentimientos de interés, aprecio, aprobación y ánimo. Es más,

también suele ser positivo que, en ocasiones, el terapeuta reconozca sus propios sentimientos "negativos", tales como decepciones, frustraciones, irritaciones. No obstante, debe ser precavido respecto a la proporción de sentimientos propios que expresa ante el paciente depresivo. Debe darse cuenta de que una auténtica expresión de sentimientos por su parte puede ser malinterpretada por el paciente. Dada su tendencia a distorsionar o exagerar, los pacientes depresivos pueden interpretar como poco sinceras las expresiones positivas o, en el extremo opuesto, como signos de amor o insinuaciones sexuales. Paralelamente, la excesiva comunicación de los problemas propios por parte del terapeuta puede alimentar el pesimismo del depresivo: "Es demasido débil para poder ayudarme."

No existe un conjunto estándar de conductas para inducir la sensación de rapport en el paciente. Algunas respuestas del terapeuta pueden ser útiles para un paciente (por ejemplo, respuestas en una línea seria y objetiva), en tanto que, para otros, puede ser más positivo otro estilo distinto (respuestas cordiales, cálidas, vivas).

Si existe rapport, el terapeuta tendrá la sensación de que sus observaciones y comentarios le influyen verdaderamente al paciente. Este se mostrará relajado, abierto, locuaz, hará gestos de asentimiento y se interesará por las afirmaciones del terapeuta.

El rapport no sólo refleja la colaboración terapeuta-paciente, sino que también influye sobre ella. Por ejemplo, el rapport puede utilizarse para reforzar las conductas adaptativas del paciente. Con un alto grado de rapport, el paciente tenderá a verse más influido por la conducta del terapeuta (por lo cual, tenderá a identificarse con o a comportarse como el terapeuta). El sentimiento de rapport mantendrá al paciente motivado para el tratamiento y lo motivará para emprender determinados procedimientos de tratamiento (por ejemplo, hacer las tareas para casa). El rapport estimula la libre expresión de ideas y sentimientos. Las ideas o sentimientos negativos del paciente que podrían inducirle a abandonar el tratamiento pueden controlarse más fácilmente cuando el paciente posee un profundo sentimiento de rapport.

¿Cómo puede el terapeuta establecer o fomentar el sentimiento de rapport? Muchas de las conductas relevantes "surgen de un modo natural" en algunos terapeutas. Pero, como no siempre es éste el caso, existen varias técnicas de gran utilidad. Para empezar, una buena base es la cortesía: no hacer esperar al paciente, recordarle hechos importantes acerca de él y recibirle con un sincera (pero no efusiva) aprobación. También suele ser muy positivo mantener el contacto visual, seguir con atención el contenido de lo que el paciente está diciendo, tratar de inferir y reflejar los sentimientos del paciente y formular con diplomacia las preguntas y comentarios.

Otros factores que influyen en el establecimiento del rapport son el aspecto físico del terapeuta, sus gestos y su expresión facial. Una actitud de cálida neutralidad y de profesionalidad puede ser lo mejor. El terapeuta debe determinar cuidadosamente cuándo hablar y cuándo escuchar. Si hace inte-

rrupciones frecuentes o con poco tacto, el paciente puede sentirse bloqueado, lo cual repercutirá negativamente en el rapport. Por el contrario, si el terapeuta permite largos silencios o, simplemente, le deja al paciente divagar sin un propósito claro, éste puede sentir una excesiva ansiedad; esto afectaría asimismo al rapport. Un tono de voz suave y tranquilo por parte del terapeuta también puede contribuir positivamente. Igualmente es importante la elección de las palabras (por ejemplo, la expresión "ideas no productivas" es mejor que los términos pensamiento "neurótico", "enfermo", o "irracional").

La actitud cognitiva del propio terapeuta hacia el paciente y hacia el tratamiento desempeña un papel importante. Algunos terapeutas llegan a sentirse frustrados y molestos cuando perciben al depresivo como pasivo o con una gran "resistencia". En estos casos, la actitud del terapeuta genera directamente sentimientos negativos que debilitan el rapport.

Inicialmente puede facilitarse el rapport elicitando las expectativas del paciente con respeto a la terapia e informándoles de lo que debe esperar durante el proceso de tratamiento. Por ejemplo, aconsejamos al terapeuta que discuta con el paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, los objetivos de cada fase del tratamiento y la posibilidad de que se den "días malos" tras una mejoría.

Además, el terapeuta puede fortalecer el rapport reflejando y devolviendole al paciente sus propios sentimientos en forma de sumario, analogía o metáfora. Por ejemplo, una paciente volvió a la consulta tras haber sufrido una recaída (había experimentado pensamientos de suicidio). El terapeuta le recordó una frase que ella había empleado en una de las sesiones, "Puedo sentirme como un ratoncillo, pero tengo un corazón de león." En ese momento, esta frase hizo surgir los sentimientos y la actitud que la paciente necesitaba para seguir adelante.

La colaboración terapéutica

Recogida de "Datos Brutos"

Al principio, el terapeuta intenta comprometer al paciente en una especie de alianza de colaboración terapéutica. En contraposición con la terapia "de apoyo" o "de relación", la relación terapéutica no se emplea aquí simplemente como *instrumento* para aliviar el sufrimiento, sino como vehículo para facilitar el esfuerzo común para alcanzar determinados objetivos. En este sentido, el terapeuta y el paciente forman un "equipo". Inicialmente, el punto central de la colaboración es el interés común por los pensamientos, sentimientos, deseos y conductas del paciente. Concretamente, terapeuta y paciente trabajan juntos para determinar cómo y qué piensa el paciente, la base de sus pensamientos y las ventajas o inconvenientes prácticos que conllevan tales pensamientos. La única aportación del paciente a esta colaboración consiste en proporcionar *datos brutos* —es decir, manifestar sus pensamientos, sentimientos y deseos. La aportación específica del

terapeuta consiste en indicar al paciente qué datos recoger y cómo utilizarlos en el marco de la terapia.

Cada paso progresivo en el tratamiento sirve para desarrollar y hacer más profundos los aspectos colaborativos de la relación. Al principio, con la guía y el estímulo del terapeuta, el paciente aprende a reconocer y registrar las interpretaciones negativas automáticas que hace de sus experiencias. A partir de aquí, el equipo terapeuta-paciente comienza a analizar esos datos y busca patrones específicos de pensamiento automático. ¿Qué tipo de eventos ambientales estimulan los pensamientos negativos? ¿Qué grado de certeza posee el paciente de que estos pensamientos describen correctamente el hecho real? ¿Qué tipo de errores de lógica comete el paciente en la visión de sí mismo, del futuro y del mundo que le rodea? Por ejemplo, ¿generaliza excesivamente a partir de los eventos negativos, pasando por alto los positivos? ¿Existen temas recurrentes en el contenido de estas cogniciones? (Por ejemplo, ¿está el paciente evaluando continuamente su grado de competencia o si los demás le aprueban o no?) El modo como surgen los pensamientos y creencias del paciente y el modo como se validan o refutan es crítico para promover el rapport y la colaboración.

Autentificación de los datos introspectivos

El terapeuta anima al paciente a identificar, observar y evaluar sus pensamientos de una manera objetiva. Los pensamientos (o cogniciones) del paciente se entienden como eventos psicológicos que pueden reflejar con mayor o menor exactitud las circunstancias o situaciones reales. Terapeuta y paciente colaboran para determinar en qué medida las inferencias y conclusiones de éste último se corresponden con las observaciones y conclusiones de personas más objetivas. De este modo, terapeuta y paciente tratan de poner a prueba las inferencias y conclusiones de éste. El terapeuta hace preguntas para everiguar si el paciente está atribuyendo un significado idiosincrático a ciertos eventos o si, por el contrario, está haciendo inferencias racionales.

En muchas ocasiones, estas cogniciones idiosincráticas de los depresivos son estereotipadas y su contenido gira en torno a temas recurrentes, tales como "Soy un incompetente", o "Nunca me sale nada bien". " Cuando el terapeuta logra identificar estos temas, atrae sobre ellos, con mucho tacto, la atención del paciente. Juntos ambos miembros del equipo, comienzan a formular hipótesis sobre qué tipo de supuestos subyacen a estos temas (por ejemplo, "Si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un fracasado."). De este modo, el paciente aprender a identificar estos supuestos y a evaluar si son válidos o ilógicos.

Investigación de los Supuestos Subyacentes

Investigar la validez de los supuestos subyacentes exige un esfuerzo conjunto. El terapeuta le pide al paciente que busque evidencias (normalmente a partir de experiencias recientes) a favor y en contra de cada uno de

los supuestos y creencias. Otra alternativa consiste en que el terapeuta le pide al paciente que intente aplicar estos supuestos a otras personas, con el fin de determinar si está aplicándose a sí mismo un conjunto especial de reglas que no aplicaría a los demás. Durante la discusión de las creencias, es importante que el terapeuta no se precipite en etiquetar algunas de estas creencias como "obviamente ilógica" o "claramente ridícula". En lugar de esto, lo indicado es un comportamiento diplomático gentil, empático, objetivo y lógico.

Diseño de Experimentos

Un método muy útil para investigar la validez de un determinado supuesto consiste en diseñar un experimento o tarea para someter a una prueba empírica dicho supuesto. ¿Cómo se puede diseñar un experimento de este tipo? En cierto sentido, terapeuta y paciente van a actuar como dos detectives siguiendo una pista. En primer lugar, se debe especificar la pista o el supuesto que van a someter a prueba. Un ejemplo podría ser, "Si me muestro asertivo con otra persona, ésta me rechazará." El terapeuta expone una hipótesis concreta a partir de esta regla general. La hipótesis se formulará en términos operativos y terapeuta y paciente pueden diseñar un experimento para probar la predicción hecha a partir de la regla general.

Una hipótesis derivada de la regla general expuesta anteriormente sería, "Si le digo a mi jefe que me gustaría tomarme un día libre porque necesito un descanso, tomará represalias y me dirá que soy perezoso, que eludo mis responsabilidades y que me quejo demasiado". Terapeuta y paciente pueden llegar a la conclusión de que la prueba para esta hipótesis concreta podría consistir en que el paciente hablase realmente con su jefe. Una vez lo haya hecho, el paciente registrará los resultados del experimento, tanto en términos de lo que el jefe le respondió como en lo referente a las ideas o inferencias que él desarrolló a partir de lo ocurrido. Terapeuta y paciente se centrarán en estos datos para evaluar los resultados del experimento, considerando varias interpretaciones de los mismos. Por último, el equipo comparará los resultados *reales* con las *predicciones* del paciente en base a la hipótesis original.

Asignación de tareas para Casa

La manera como el terapeuta aborde cada paso de la terapia (por ejemplo, el registro de los pensamientos automáticos, la asignación de las tareas para casa, las pruebas para determinar la validez de los pensamientos y supuestos) determinará directamente el que la colaboración y el rapport se incrementen o disminuyan. Y a la inversa, el grado de colaboración y rapport afectará al grado de participación del paciente en cada una de las fases o tareas del programa terapéutico. El terapeuta puede fomentar la colaboración terapéutica animando al paciente a planificar por sí mismo las tareas para casa. Cada tarea se presenta como un experimento —una oportunidad para averiguar algo más acerca de las situaciones con las que el paciente se enfrenta normalmente. Asimismo, el terapeuta puede fortalecer la colaboración explicando al paciente los objetivos y el fundamento teórico de cada tarea. Si los pacientes saben cómo hacer las tareas para casa y por qué hacer estas tareas puede ayudarles; probablemente estarán mucho más motivados para llevarlas a cabo.

La asignación de las tareas para casa afecta de un modo crucial a la relación terapéutica. A menudo, los pacientes interpretan el trabajo en casa como una prueba de su valía personal, de sus capacidades, o de su grado de motivación; o bien pueden pensar que lo que se persigue es que lleven a cabo sus tareas con la máxima perfección. El terapeuta debe intentar captar o preguntar abiertamente acerca de este tipo de actitudes, dado que constituyen distorsiones y son antiterapéuticas. Animará vivamente a los pacientes a que compartan sus pensamientos y sentimientos referentes al trabajo para casa, tanto *antes* como *después* de haberlo realizado. Por ejemplo, el paciente que lleva a cabo una tarea satisfactoriamente puede interpretar este éxito como un fracaso, "ya que cualquiera podía haberlo hecho". Esta clase de distorsiones cognitivas deben ser rápidamente identificadas y corregidas. Como en el caso de otras cogniciones, se examinan estos pensamientos y, cuando sea necesario, se corrigen. El terapeuta deberá explicar sin rodeos, "Lo que se pretende es que usted intente realizar determinadas tareas, no que lo haga tan bien como podía hacerlo antes de la depresión."

Técnicas Terapéuticas "No — Colaborativas"

Existen muchas técnicas que pueden ser relevantes para el tratamiento clínico de la depresión. No obstante, muchas veces renunciamos a ellas si no se ajustan a nuestro marco conceptual y terapéutico. Además pensamos que la modificación de las interpretaciones erróneas y de las conductas desadaptativas del paciente debe constituir una empresa de colaboración entre paciente y terapeuta. Aún más, suponemos que los cambios operados en el pensamiento y la conducta del paciente serán más duraderos si éste comprende y conoce el fundamento de las técnicas. Por otra parte, el objetivo de la empresa colaborativa hace que quede contraindicado el que al paciente puede transmitírsele la idea de que el terapeuta es manipulador o está practicando el "control del pensamiento". Por todo ello, rechazamos aquellas técnicas que no permitan que el paciente conozca el propósito de los métodos empleados, así como su participación voluntaria y activa en los procedimientos.

Reacciones de "transferencia" y "contratransferencia"

Con demasiada frecuencia, los terapeutas perciben a los pacientes depresivos como "deliberadamente" pasivos, indecisos y manipuladores. El terapeuta llega a sentirse frustrado y el paciente, criticado; en estas condiciones, el paciente puede incluso llegar a abandonar el tratamiento. En la literatura psicoanalítica, estas interacciones se sitúan en el contexto de las reacciones de transferencia y contratransferencia. El tipo de colaboración

terapéutica que nosotros proponemos contribuye a reducir este tipo de problemas y frustraciones.

El terapeuta debe afrontar directamente las reacciones negativas que surjan en el ámbito de la terapia. Tratando de identificar y corregir las distorsiones cognitivas del paciente que contribuyen a hacerlo positivo, falto de inicitiva y "oposicionistas", terapeuta y paciente están caminando ya hacia la solución de los diversos problemas que influyen sobre las frustraciones de ambos. De hecho, los pensamientos inadecuados que llevan a la pasividad, a la indecisión, a la falta de motivación, etc., constituyen en sí uno de los objetos específicos del tratamiento (ver capítulo 7). Como sucede con otras distorsiones cognitivas, el terapeuta aplicará la lógica y el método empírico para corregir los errores existentes en este tipo de pensamientos.

También las reacciones de transferencia positiva pueden entorpecer el curso de la terapia. El paciente puede ver al terapeuta como su salvador y exagerar sus cualidades positivas. Esta evaluación y las expectativas demasiado elevadas deben discutirse, señalando las distorsiones, a pesar de que estas vayan en una dirección positiva. El terapeuta debe subrayar que el trabajo en equipo es un medio para resolver los problemas del paciente, no un fín en sí mismo. El manejo terapéutico de los "problemas de transferencia", como, por ejemplo cuando el paciente se enamora del terapeuta, ya han sido descritos en el Capítulo 2.

Existen algunos aspectos de la terapia activa y estructurada que pueden dar lugar a reacciones terapéuticas "negativas". Dependiendo de la situación, cualquiera de las técnicas que se han descrito en este capítulo podría ser percibida por algunos pacientes como hostil, supercontroladora o coercitiva. Además, existen algunas acciones con una probabilidad particularmente elevada de ser consideradas negativas por los pacientes depresivos (así como por muchos otros pacientes de otro tipo). Entre estos comportamientos se incluyen el sermoneo, las exigencias, las amenazas, las discusiones, los interrogatorios, culpabilizar al paciente, moralizar y enjuiciar. Si el terapeuta, sin más explicaciones, desvía la conversación hacia temas distintos de los que el paciente desea seguir tratando, o si se vale del humor para ridiculizar al paciente (no sus *pensamientos*), éste puede sentirse manipulado y despreciado.

Algunas otras dificultades pueden debilitar la naturaleza colaborativa de la relación paciente-terapeuta; dos de ellas son especialmente frecuentes con los pacientes depresivos. En primer lugar, el terapeuta puede comenzar a creer en la visión negativa y persistente del paciente acerca de sí mismo y de su situación frente a la vida. Si se sitúa fuera del papel de observador científico, el terapeuta puede "filtrarse" dentro de la construcción distorsionada de la realidad que tiene el paciente. En lugar de tomar las interpretaciones negativas del paciente como *hipótesis que han de ser comprobadas empíricamente*, el terapeuta puede comenzar a suponer que estas cogniciones negativas son afirmaciones correctas que se pueden aceptar por el valor que en sí mismas poseen. Cuando surge este problema, el terapeuta suele

empezar a ver al paciente como un "perdedor nato" o como una persona atrapada inextricablemente en una situación imposible de la realidad, en lugar de darse cuenta de que el paciente puede estar abrumado por su visión pesimista y de autocrítica que manifieste sólamente observaciones negativas y generalizaciones erróneas*. A fin de mantener una actitud objetiva, pero empática, el terapeuta debe recordar que lo puntos de vista negativos del paciente son sólamente cogniciones y creencias; i. e. han de someterse a prueba antes de ser confirmados o refutados.

Una nueva fuente de interrupción de la colaboración terapéutica puede darse en las últimas fases de la terapia, en el caso de que el paciente abandone su objetividad hacia cogniciones negativas. Por ejemplo, el paciente puede experimentar nuevos fracasos o frustraciones debidos a eventos ambientales traumáticos. Si esto sucediera, el paciente podría verse inundado por una corriente de cogniciones negativas que automáticamente tomaría como válidas, sin someterlas a mayores consideraciones. En consecuencia, sería probable que se sintiese más deprimido y desesperado. Esta exacerbación de los síntomas puede llevar al paciente a pensar que la terapia cognitiva es ineficaz y/o que él es incurable. Asimismo, el paciente puede sentirse desilusionado por el terapeuta. Cualquiera de estos factores puede hacer que el paciente deje de cooperar con el terapeuta, deje de hacer las tareas para casa, olvide las citas, o abandone la terapia. Esta reacción puede llevar a una *folie á deux* si el terapeuta acepta la construcción que hace el paciente de la relación terapéutica y de sus propios progresos en la terapia sin plantearse ninguna cuestión. Si el paciente comienza a faltar a las citas, el terapeuta debe ponerse en contacto con él y dejar claras todas las ideas que estén interrumpiendo la colaboración terapéutica.

En la práctica real, son comunes las recaídas durante el tratamiento. Por ello, el terapeuta deberá informar al paciente de la posibilidad de fluctuaciones negativas muy al comienzo del tratamiento. Las recaídas proporcionan al paciente una valiosa oportunidad para aplicar las técnicas y habilidades que ha aprendido en la terapia. Es más las recaídas "mantienen en forma" al paciente, haciendo que se enfrente con problemas que, tarde o temprano, se le presentarán al finalizar el tratamiento.

* Hemos observado que algunos pacientes, enviados a nuestra clínica con el diagnóstico de "depresión realista", habían hecho que el especialista que los enviaba aceptase como válidas sus interpretaciones de las situaciones reales, llegando así a conclusiones erróneas.

CAPITULO 4
ESTRUCTURA DE LA SESION TERAPEUTICA

Pautas específicas para el terapeuta

Conocer el "Paradigma Personal" del Paciente

Durante el tratamiento, el terapeuta debe tener presentes algunos principios específicos*. La visión que el depresivo tiene de su mundo, sus ideas y creencias negativas le parecen razonables y plausibles, aun cuando serán inverosímiles para el terapeuta. El paciente cree, y es bastante consistente en sus creencias, que es un fracasado, un inútil, un antipático, etc. De hecho, esta consistencia interna se mantiene a veces incluso a pesar de que exista evidencia externa contraria a estas creencias. Las creencias suelen estar organizadas en un sistema similar al que Kuhn (1962) describió como "paradigma" científico. Las observaciones e interpretaciones del paciente acerca de la realidad están moduladas por su marco conceptual. Como en el caso del cambio de creencias científicas, un paradigma personal puede tambalearse y experimentar un cambio cuando el individuo se dispone a reconocer una anomalía que no se podía integrar en el paradigma existente, o algún tipo de evidencia que va en contra del paradigma.

Sin embargo, el paciente no suele prestar atención, o bien llega a asimilar el significado de los eventos que podrían ir en contra de sus puntos de vista. Si se aceptan como subjetivamente válidas, dado su estado actual, las ideas del paciente, éstas adquieren *validez objetiva*; este problema se tratará en el apartado siguiente. Con frecuencia, el paciente manifiesta sus ideas negativas al principio del tratamiento. En el momento en que el terapeuta comienza a investigar las razones en base a las cuales el paciente mantiene estas ideas, se suelen descubrir dos fuentes de datos. En primer lugar, el paciente presenta su visión de determinados eventos *pasados* que él piensa

* En el Apéndice se incluye una Lista comprensiva que esboza los procedimientos generales y específicos de la terapia cognitiva de la depresión. Esta Lista, que contiene apartados referentes a las actitudes personales y profesionales del terapeuta, puede emplearse como pauta o guía para la realización de las sesiones y, a la vez, como escala para la evaluación de estas últimas.

apoyan sus ideas negativas. En segundo lugar, puede interpretar uno o más eventos *actuales* de modo que apoyen dichas ideas. La terapia se centra más bien en los eventos actuales, que el paciente puede reunir datos recientes y registrar sus interpretaciones acerca de dichos eventos (sus cogniciones). Las interpretaciones erróneas de eventos actuales pueden ser corregidas más fácilmente, dado que se puede recoger evidencia empírica más reciente y, por lo tanto, observaciones más fiables que en el caso de experiencias pasadas. Sin embargo, algunos pacientes parecen "impermeables" a las informaciones recientes que vayan en contra de los conceptos que se habían formado previamente.

El siguiente ejemplo ilustra cómo una paciente comenzó el tratamiento con un autoconcepto negativo sólidamente establecido que se reflejaba tanto en sus interpretaciones de situaciones actuales como de situaciones pasadas. En la primera sesión de tratamiento, se presentó evidencia que refutaba su visión negativa. La paciente encontró razones para desechar la evidencia. Después de varias sesiones, la paciente comenzó a dudar de su autoconcepto y a ofrecer evidencia nueva en contra de su autoimagen negativa. Cuando se llevaron a cabo pruebas empíricas (por ejemplo, hacer que la paciente asistiese a reuniones sociales), se obtuvieron datos adicionales que sirvieron a la paciente para evaluar su autoimagen de un modo más realista.

Una paciente depresiva, madre de cinco hijos, se autodescribía como incompetente y estúpida. En apoyo de la idea de que era un estúpida, alegaba la evidencia siguiente: su miedo a los exámenes finales, que le impidió terminar la carrera; el hecho de no tener carrera, a diferencia de su marido, que era médico; la reciente aparición de problemas escolares de dos hijos adolescentes (que le hacían verse a sí misma como una madre incompetente).

En la primera sesión, el terapeuta intentó prematuramente ir en contra de su concepto negativo. Le dijo que su cociente de inteligencia, basado en pruebas psicológicas, era de 135. Inmediatamente, ella adujo varias razones según las cuales esta puntuación no era válida por ser excesivamente alta.

Transcurridas varias sesiones, la paciente abordó espontáneamente algunos aspectos de su vida que no había mencionado anteriormente: en la escuela superior, había sido una estudiante muy destacada; tenía el título de modelo profesional; había actuado en representaciones teatrales; era fotógrafo amateur; su marido le consideraba sumamente bella e inteligente; y, en algunas reuniones sociales recientes, varias personas (profesores de Universidad, médicos, etc.) le habían dicho que la consideraban encantadora y muy importante —no aburrida y sombría, como ella parecía suponer.

Aquí se ve claramente que, aunque el concepto que esta paciente tenía de sí misma no poseía ningún tipo de *validez externa,* sí contaba, en cambio, con un grado significativo de *consistencia interna* (para la paciente); la "validez" interna de sus creencias era consistente con otras ideas acerca de sí misma, con sus observaciones, con sus recuerdos. Al principio, el terapeuta trató de hallar la base de estas concepciones aparentemente erróneas; aceptó

las interpretaciones de la paciente y no intentó rechazar sus ideas. (De hecho, un ataque a su paradigma personal posiblemente habría dado lugar a una gran confusión en la paciente, respecto a los métodos que empleaba para organizar e interpretar la realidad.) La validez objetiva de sus creencias negativas se sometió a prueba recogiendo datos adicionales de su historia anterior y "diseñando —y llevando a cabo— un experimento" para reunir datos acerca de su autoevaluación negativa.

Si los datos en contra de las creencias erróneas del paciente se presentan demasiado pronto (por ejemplo, en el caso anterior, el hecho de que el terapeuta se precipitase a exponer el C.I.), el paciente puede rechazar o distorsionar tales datos. El terapeuta podría colocarse así en el *papel de adversario,* más que en el papel de colaborador o guía. Parece, pues, que, sólamente cuando el paciente sienta que ha tenido la oportunidad de "presentar su caso" y ser comprendido, se mostrará dispuesto a considerar los datos en contra de sus ideas y a someter a prueba la validez externa de sus creencias.

Evitar "Etiquetar" al Paciente y Hacer Juicios de Valor

El terapeuta debe ver al paciente como una persona que tiene problemas específicos o que mantiene creencias irracionales, nunca como una persona irracional o que tiene un carácter anormal. En este sentido, es indicado evitar el empleo de la jerga profesional para etiquetar al paciente (por ejemplo, pasivo, agresivo, masoquista, neurótico, histérico). Este tipo de etiquetas peyorativas influyen en la actitud del terapeuta hacia el paciente y del paciente hacia sí mismo. Además, las etiquetas implican que el paciente es intrínsecamente anormal y relativamente incapaz de cambiar. Aún más, este tipo de actitudes negativas generales impiden la consideración y definición de los problemas específicos y la prescripción de soluciones específicas. En realidad, los pacientes depresivos suelen ser competentes en muchas áreas de funcionamiento y en una amplia variedad de situaciones; sus capacidades para resolver problemas tienden a fallar en condiciones específicas.

Los pensamientos negativos crónicos de los pacientes depresivos pueden convertirse fácilmente en fuente de irritación para el terapeuta. Este puede verse tentado en muchas ocasiones de culpar a los pacientes por sus "recitales de síntomas crónicos" o por su "falta de voluntad". Estos pacientes suelen ser calificados por los demás, incluido el terapeuta, como personas que se quejan constantemente, básicamente pasivas, excesivamente dependientes y que presentan resistencias. Estas construcciones negativas pueden llevar al terapeuta a criticar al paciente por no "cooperar en la terapia" o por continuar expresando ideas pesimistas. Cuando el terapeuta se frustra, lo que probablemente ocurre es que no está siendo lo suficientemente objetivo hacia las cogniciones y creencias negativas del paciente como para comprender que la conducta de éste es completamente consistente con su pensamiento distorsionado.

Es mejor suponer que, si pudiera elegir, el paciente preferiría ser menos desvalido, más independiente y menos pasivo (en caso de que creyese que estas opciones eran posibles). Cuando el paciente no intenta realizar alguna tarea que se le ha propuesto, olvida las citas, o minusvalora sus capacidades, el terapeuta experimentado buscará cogniciones o actitudes que puedan estar generando esta conducta regresiva. El terapeuta debe tomar las cogniciones negativas como un componente típico de la depresión, nunca como una característica inherente al paciente.

Evitar la Conducta Contraproducente a "Deseos Inconscientes"

El terapeuta jamás debe explicar al paciente su conducta contraproducente en base a los "deseos infantiles". En la terapia cognitiva, el terapeuta supone que el factor dominante en la determinación de la conducta es la visión que el paciente tiene de sí mismo, de su vida y de sus expectativas sobre el futuro. Teorías como el psicoanálisis clásico suponen que, una vez que el paciente percibe los deseos inconscientes que, se presume, subyacen a su conducta oposicionista y contraproducente, elegirá otras estrategias más adaptativas. Sin embargo, cuando se enfrenta a los pacientes depresivos con una interpretación motivacional de su conducta (por ejemplo, que pretenden satisfacer deseos de alimentación, venganza, simpatía, etc) ellos suelen utilizar este "insight" para confirmar su visión negativa de sí mismos como "malos" o "indignos", sintiéndose así más deprimidos.

Ajustar el Nivel de Actividad y Estructurarlo según las necesidades del Paciente

A la mayoría de los pacientes depresivos les resulta difícil concentrarse y fijar su atención. En consecuencia, a menudo son incapaces de definir los problemas, mucho más de resolverlos. Por ello, se sienten inútiles y abrumados ante las dificultades. A causa de sus cogniciones negativas, es probable que interpreten como rechazos los silencios que se producen durante las sesiones de terapia, o como evidencia de que nunca mejorarán el hecho de que se mantengan contactos sin tiempo limitado. Incluso en la conducta del terapeuta tienden a "encontrar" evidencia de que son anormales, antipáticos e inutiles. Por estas razones, una terapia no estucturada daría rienda suelta a las fantasías negativas de los pacientes.

El terapeuta cognitivo es más activo y toma la iniciativa con más frecuencia que el psicoterapeuta tradicional. El terapeuta cognitivo lleva al paciente a discutir aquellas áreas que se han fijado como objetivo del terapéutico. Esta estrategia contrasta con los enfoques no directivos —o menos directivos—, en los que se le deja libertad al paciente para programar las actividades de las sesiones, mientras el terapeuta simplemente escucha o reflexiona sobre lo que el paciente está diciendo. El terapeuta cognitivo actúa como experimentador, como guía, como un educador al estilo socrático. En este sentido, tiende a dirigir la conversación y la atención del paciente hacia los objetivos específicos.

El terapeuta cognitivo tiende a ser más activo en las primeras fases de la terapia. Ajusta su nivel de actividad en función de la necesidad aparente de estructuración del paciente. Frecuentemente, las personas profundamente deprimidas sólo con capaces de responder a las preguntas con una o dos palabras, o con una frase sencilla. El terapeuta se mostrará *muy* activo con estos pacientes a fín de infundirles energías y hacerles salir de su "letargo": Las afirmaciones breves, sencillas, directas y concretas son más afectivas; es más, el terapeuta tratará de elicitar respuestas muy concretas a las preguntas que formule.

Cuando la depresión cede, el terapeuta se mostrará menos activo que al comienzo. Espera que el paciente tome las riendas del tratamiento y, de hecho, le anima a hacerlo; por ejemplo, podría esperarse que el paciente identificase el contenido de las cogniciones que manifiesta o que tratase de detectar los supuestos que pueden estar operando en una determinada situación. No obstante, en comparación con otras terapias, el terapeuta cognitivo se muestra bastante activo y toma la inicitiva a menudo, incluso en las últimas fases del tratamiento.

Naturalmente, incluso el más activo de los terapeutas cognitivos dejará un intervalo razonable tras haber formulado una pregunta o hecho un comentario, para permitir que el paciente organice sus propios pensamientos y elabore una respuesta. El terapeuta debe evaluar, a partir de su experiencia concreta con cada paciente, si la pausa de tiempo es demasiado breve o demasiado larga. Los pacientes depresivos pueden sentirse confundidos y necesitar que el terapeuta los dirija para conseguir responder cuando la pausa se ha prolongado demasiado. En cambio, el paciente retrasado necesita más tiempo para organizarse y articular su respuesta a una pregunta.

Para determinar el grado de actividad y estructuración más adecuado, el terapeuta debe ser especialmente sensible a las necesidades y reacciones del paciente. Ningún otro aspecto de la terapia cognitiva entraña tantos riesgos ni requiere tanta habilidad y experiencia. Cuando es preciso mostrarse activo y directivo, el terapeuta corre el peligro de excederse, o bien de no llegar. Los pacientes depresivos se suelen sentir seguros con un cierto grado de estructuración y actividad por parte del terapeuta. Por ejemplo, el paciente puede pensar, "El terapeuta me habla, luego quiere decirse que le caigo bien". Además, los intercambios terapéuticos estructurados tienden a mitigar la dificultad de concentración y atención que experimentan los depresivos más profundos. Por otro lado, sin embargo, si el terapeuta se muestra demasiado activo y directivo, el paciente puede pensar que le está manipulando y que no le interesa realmente lo que *él* siente o quiere; puede llegar a la conclusión de que al terapeuta le interesa más ensayar sus técnicas que prestarle ayuda.

Así pues, hemos visto que las distorsiones cognitivas influyen en el modo cómo el paciente interpreta la relación terapéutica. El terapeuta activo experimentado hará que el paciente exponga su visión de la terapia, tratando de corregir y dejar clara esta percepción a intervalos regulares.

Emplear las Preguntas como Instrumento Terapéutico

A lo largo de este volumen, iremos viendo que la mayor parte de las verbalizaciones del terapeuta se expresan en forma de preguntas. El empleo de las preguntas sirve para una amplia variedad de funciones intrínsecas a la terapia cognitiva. De hecho, una sola pregunta puede intentar simultáneamente dirigir la atención del paciente hacia un área concreta, evaluar sus respuestas ante un contenido nuevo, obtener información directa sobre este problema, generar métodos de resolución de problemas que se interpretaban como irresolubles y, por último, suscitar dudas en el paciente sobre conclusiones distorsionadas anteriores.

Los objetivos de una pregunta pueden resumirse en los siguientes:

1. Obtener datos biográficos, de la historia previa, etc. relevantes para el diagnóstico.

2. Formarse una idea general de la naturaleza del problema psicológico del paciente.

3. Obtener una visión general de la forma de vida del paciente, de los factores específicos generadores de ansiedad y del sistema social en que se desenvuelve.

4. Evaluar los mecanismos y habilidades de que dispone el paciente para manejar diversas situaciones, su tolerancia al *stress* y su nivel de funcionamiento y capacidad para la introspección y la objetividad consigo mismo.

5. Convertir las quejas abstractas y vagas en problemas más concretos.

Por ejemplo una paciente se quejaba a su terapeuta, "No sé dónde voy". La había diagnosticado una "depresión existencial" porque afirmaba que carecía del sentido de identidad y que no estaba segura de su rol. El terapeuta le preguntó, "¿Qué problema específico ha estado usted tratando de resolver?". Ella respondió, "Mi problema es que no logro decidir si quedarme en casa y dedicarme a las tareas domésticas o volver a la universidad y comenzar la carrera de Derecho".

6. Provocar la toma de decisiones presentando distintas alternativas a un problema.

7. Hacer que el paciente seleccione una alternativa determinada. Uno de los métodos consiste en sopesar los pros y los contras de cada opción y, así, ir eliminando las menos adecuadas.

8. Animar al paciente a examinar las consecuencias de su conducta desadaptativa: Preguntando, por ejemplo, ¿qué consigue usted con quedarse en la cama?

9. Evaluar la importancia de una conducta más adaptativa: ¿Qué tiene usted que perder? ¿Cuáles con las ventajas de mostrarse asertivo, aun exponiéndose a ser criticado? ¿Cuáles con los inconvenientes?

10. Elicitar las *cogniciones específicas* del paciente, relacionadas con efectos desagradables y conductas inadecuadas.

11. Determinar el *significado* que el paciente atribuye a una circunstancia o circunstancias concretas.

12. Inducir al paciente a examinar los criterios que definen su autoestima negativa (por ejemplo, ser inútil, débil, incompetente).

El terapeuta plantea una serie de cuestiones tales como las siguientes: ¿Cómo definiría usted la inutilidad? ¿Qué características o acciones deberían observarse necesariamente en una persona para saber que es un inútil? ¿Cuáles se aplica usted a sí mismo? ¿En qué se basaría usted para considerar a alguien como un inútil? ¿Es posible que esté usted aplicando un criterio —un criterio extremadamente severo y rígido— para sí mismo y otro distinto, mucho más suave, para los demás?

Al mismo tiempo, podría pedírsele al cliente que hiciese una lista con sus criterios de "inutilidad" y, a continuación, preguntarle si él satisface alguno de los criterios que aparecen en la lista.

Este tipo de preguntas suele permitir al paciente reconocer la naturaleza arbitraria de sus autoevaluaciones y la falta de congruencia con cualquier definición sensata de los términos que se aplica a sí mismo.

13. Demostrar la abstracción selectiva de datos negativos que hace el paciente cuando elabora sus inferencias. Este tipo de problema conceptual se ve ilustrado en el siguiente ejemplo: Una paciente depresiva estaba muy disgustada porque había tomado dulces, cuando seguía una dieta alimenticia y le estaba prohibido tomarlos.

PACIENTE: No tengo en absoluto ningún tipo de autocontrol.

TERAPEUTA: ¿En base a qué dice esto eso?

P: Me ofrecieron un pastel y no fuí capaz de rechazarlo.

T: ¿Toma usted dulces todos los días?

P: No, sólamente en esta ocasión.

T: Durante la semana pasada, ¿hizo usted algo positivo en relación con su dieta?

P: Bueno, no caí en la tentación de comprar dulces, aunque los viera en las pastelerías o en otros sitios ... Además tampoco tomé ninguno, salvo la vez que ya le he mencionado.

T: Si compara usted el número de ocasiones en que se controló con el número de veces que no pudo resistirse, ¿qué porcentaje obtendría?

P: Pues, en uno por ciento.

T: Entonces, si se controló en el 99% de las ocasiones y no pudo controlarse en un 1%, ¿sería este un signo de que es usted completamente incapaz de autocontrolarse?

P: Supongo que no —no *del todo*(Sonrisa).

14. Ilustrar la tendencia del paciente a negar o quitar importancia indiscriminadamente a las experiencias positivas.

PACIENTE: Realmente, no he hecho ningún progreso en la terapia.

TERAPEUTA: ¿No es necesaria una cierta mejoría para dejar el hospital y volver a la Facultad?

P: ¿Y dónde está la proeza de ir a clase todos días?

T: ¿Por qué dices eso?

P: Es fácil acudir a clase porque todo el mundo está sano, son personas normales.

T: ¿Y qué me dices de cuando acudías a la terapia de grupo en el hospital? ¿Qué sentías entonces?

P: Supongo que entonces pensaba que era fácil estar con los demás porque todos estaban tan chiflados como yo.

T: ¿No crees que es posible que tengas tendencia a desacreditar todo cuanto logras hacer?

15. Descubrir y explorar ciertas áreas problemáticas que el paciente había evitado previamente.

El depresivo presenta una notable inclinación a correr un velo en torno a ciertos tópicos y a hacerlo prematuramente. A menudo, zanja un problema rápidamente porque su conclusión, dictada por su patrón de pensamientos dominante, le parece suficientemente plausible. O bien puede pensar, "Esa idea es estupida y neurótica, por lo que no voy a volver a pensar en ella"; desgraciadamente, la creación errónea persiste y continúa influyendo en sus reacciones.

Emplear el Método de Hacer Preguntas, en vez de Discutir o Sermonear

Una oportuna y cuidada serie de preguntas puede ayudar al paciente a aislar y considerar en profundidad un determinado tema, decisión o idea. Una serie de preguntas puede hacer que los pensamientos del paciente sobre un contenido determinado se tornen más abiertos, permitiéndole así tener en cuenta otra informaciones y experiencias ya sean actuales o pasadas. La curiosidad del paciente puede ser suscitada por una serie de preguntas, pudiendo convertir en hipótesis de trabajo sus aparentemente rígidos puntos de vista. En este sentido, las preguntas se emplean para eliminar los pensamientos depresivos.

Es importante hacer que el paciente exprese lo que *él* piensa, en lugar de decirle lo que el terapeuta cree que está pensando. Con frecuencia, las respuestas del paciente difieren en gran medida de lo que el terapeuta esperaba.

El ejemplo siguiente ilustra cómo empleó el terapeuta una serie de preguntas para hacer cambiar al paciente respecto a su conducta contraproducente (permanecer en la cama todo el día). El terapeuta subrayó la importancia práctica de sentirse mejor y trató de ayudar al paciente a reflexionar sobre la utilidad de volver a la cama después de la sesión.

TERAPEUTA: ¿Cúal es la probabilidad de que vuelva a la cama cuando deje la consulta?

PACIENTE: Más o menos, el 100 %.

T: ¿Por qué piensa usted volver a costarse?

P: Porque quiero hacerlo.

T: ¿Cuál es la razón de que desee hacerlo?

P: Porque me siento mejor.

T: ¿Durante cuánto tiempo?

P: Unos minutos.

T: ¿Y qué ocurrirá después?

P: Supongo que volveré a sentirme peor.

T: ¿Cómo lo sabe?

P: Porque siempre sucede así.

T: ¿Está seguro? ... ¿Ha habido alguna ocasión en que estar en la cama le hiciera sentirse mejor durante un cierto tiempo?

P: No lo creo.

T: ¿Ha comprobado usted alguna vez si el hecho de no ceder al deseo de volver a la cama le ayudaba en algo?

P: Supongo que, cuando estoy activo, me siento mejor.

T: Volvamos al deseo de irse a la cama. ¿Cuáles son sus razones?

P: Que me siento mejor.

T: ¿Qué otras razones tiene usted?

P: Bueno, en teoría, sé que después me sentiré peor.

T: Entonces, ¿Existen razones para no volver a la cama y hacer algo más construtivo?

P: Sé que, cuando estoy haciendo cosas, me siento mejor.

T: ¿Y por qué es eso?

P: Porque mantiene mi mente alejada del problema, de lo mal que me encuentro, y soy capaz de concentrarme en otras cosas.

A continuación, el terapeuta pidió al paciente que evaluase sus motivaciones. Resultó que el deseo de volver a la cama había disminuido del 100% a un 5%; su motivación para llevar a cabo la actividad que se le había asignado, según el programa, había aumentando de 0 % a un 50%.

Debe observarse que todas las expresiones verbales pronunciadas por el terapeuta tenían forma de preguntas. Observemos también que el terapeuta

perseveraba en hacer que el paciente expresase *ambas* caras del argumento e incluso pusiese en duda la validez de las razones para iniciar una actividad constructiva. En el Capítulo 10 se cita un ejemplo en que el terapeuta se vale exclusivamente de preguntas para elicitar las razones de llegar al suicidio, probando después la lógica de esta decisión.

Hemos observado en muchas ocasiones que el paciente tiende a repetir en forma de diálogo interno el tipo de conversación que hemos descrito. Algunos pacientes lo hacen espontáneamente e incluso "oyen" la voz del terapeuta. De hecho, en algunos casos, llegan a tener imágenes visuales del terapeuta hablándoles. Otros pacientes, en cambio, han de ser entrenados antes de experimentar estos diálogos internos. Deben ser "reanimados" mediante práctica cognitiva para lograr que se planteen el tipo de preguntas que aparecen en el ejemplo anterior. También debe animárseles a que anoten sus diálogos internos o los graben en un magnetofón, a fin de que puedan escucharlos posteriormente.

Las preguntas constituyen un instrumento importante y muy potente para identificar, considerar y corregir las cogniciones y creencias. Como ocurre con otros instrumentos, pueden emplearse erróneamente o aplicarse sin las debidas precauciones. El paciente puede sentirse interrogado o atacado si las preguntas se emplean para "pillarle" en una contradición. Además, el hacer preguntas sin límites prefijados a veces lleva al paciente a la posición defensiva de tratar de adivinar lo que el terapeuta "espera" como respuesta. Las preguntas deben formularse cuidadosamente para ayudar al paciente a reconocer sus ideas y conceptos y a reflexionar sobre ellos —a evaluar sus pensamientos con objetividad.

Emplear el Humor con Prudencia y Sensatez

Para algunos pacientes terapeutas cognitivos, el humor constituye un instrumento muy útil. Recientemente, varios autores han subrayado la importancia del humor en otras formas de psicoterapia (Greenwald, 1973).

El humor resulta especialmente útil cuando es espontáneo, cuando permite al paciente observar con objetividad sus pensamientos o ideas y cuando se presenta de tal modo que el paciente no piense que lo están despreciando o ridiculizando.

El terapeuta puede servirse de un ejemplo hipotético para exagerar una determinada postura del paciente. La exageración puede poner de manifiesto lo poco razonable o inadecuado que es el pensamiento del paciente. Este puede llegar a reírse abiertamente de los aspectos incongruentes de sus creencias.

Gracias al humor, el terapeuta puede reorganizar o desentumecer el sistema de creencias del paciente sin atacar directamente una creencia determinada. El terapeuta, indirectamente, puede suscitar dudas sobre las afirmaciones del paciente sin tener que discutir todos y cada uno de los argumentos a favor y en contra de una determinada idea. En este sentido, el terapeuta puede servirse del humor para provocar una disonancia cognitiva,

y, en consecuencia, para hacer que el paciente busque explicaciones o ideas alternativas más adaptativas.

De nuevo, se hacen necesarias unas palabras de advertencia. En primer lugar, sencillamente ocurre que algunos terapeutas no poseen un sentido del humor espontáneo. Como sucede en muchas otras técnicas terapéuticas, no todos los terapeutas pueden valerse del humor. En segundo lugar, incluso aunque el paciente ría o sonría, es importante determinar si ha interpretado la broma en un sentido negativo. Así, podrían buscarse y corregirse las posibles interpretaciones inadecuadas. En tercer lugar, el terapeuta debe tener muy claro que el objeto del humor son los pensamientos o ideas del paciente —nunca el paciente en sí. Es más, se necesita una cierta capacidad de juicio para seleccionar qué pensamientos son apropiados para ser objeto de una broma. Algunos pacientes están tan convencidos de la validez de ciertas ideas que bromear acerca de ellas podría ser perjudicial y llegar a debilitar la relación terapeútica.

Estructura formal de la terapia cognitiva

Preparar al Paciente para la Terapia Cognitiva

Dos elementos son importantes en el transcurso de la terapia cognitiva. (1) El paciente debe comprender la naturaleza y el fundamento teórico del tratamiento cognitivo. (2) El paciente debe estar preparado para enfrentarse con fluctuaciones en el nivel de intensidad de la depresión a lo largo del tratamiento.

Explicación teórica: El terapeuta prepara a cada paciente para la terapia cognitiva durante la primera sesión y parte de la segunda. Presenta el plan general y el fundamento teórico del tratamiento cognitivo. A continuación, expone la definición y algunos ejemplos de cogniciones o "pensamientos automáticos". Por ejemplo, durante la primera sesión, el terapeuta describirá la relación entre pensamiento y sentimientos. Con frecuencia, el paciente comprenderá mejor esta relación si el terapeuta se vale de un ejemplo. A continuación, se exponen las palabras de un terapeuta para explicar al paciente la idea de que los pensamientos influyen en los sentimientos:

> TERAPEUTA: La manera como las pesonas interpretan sus experiencias influye en sus sentimientos. Por ejemplo, hace poco, una paciente que ya ha terminado el tratamiento, me habló sobre los pensamientos que tenía antes de cada sesión, mientras se hallaba en la sala de espera. Siempre estaba atenta al momento en que yo llegaba. Cuando me retrasaba, aunque fuesen pocos minutos, ella pensaba, "No quiere verme", y se sentía triste. Cuando yo llegaba pronto, se decía a sí misma, "Realmente debo estar progresando muy poco, ya que él dedica tiempo extra para ayudarme", lo cual le causaba cierta ansiedad. Si yo llegaba a la hora en punto, ella pensaba, "Lo tiene todo calculado. No soy más que un número para él". Esto le irritaba mucho. Como puede usted ver, independientemente del momento en que yo comenzara la sesión (con adelanto, a la hora en punto o con retraso), la paciente de quien le hablo experimentaba pensamientos negativos acerca de la terapia y se sentía mal. Pero logró descubrir la *conexión* entre los pensamientos negativos y los sentimientos desagradables. Una vez que aprendió a identificar sus pensamientos y

a manifestarlos, se dio cuenta de que estos pensamientos negativos eran poco realistas. La siguiente vez que experimentó este tipo de pensamientos y sentimientos desagradables en la sala de espera, comenzó a corregir sus interpretaciones negativas. A medida que iba corrigiendo las interpretaciones arbitrarias, sus sentimientos negativos iban desapareciendo.

Si parece que el paciente va a ser capaz de entenderlo, el terapeuta puede explicarle el enfoque cognitivo del siguiente modo:

> Cuando las personas depresivas consideran sus experiencias, tienden a pensar en los significados más negativos que pueden atribuírseles. Cuando esto sucede, al paciente le parecen realistas sus pensamientos negativos. Cuanto más válidos le parecen al paciente sus pensamientos, peor se sentirá.

A lo largo del tratamiento, el terapeuta se centrará repetidas veces en la conexión entre pensamientos y sentimientos. Si el paciente dice, "Me siento verdaderamente mal"; el terapeuta le preguntará, "¿En qué está pensando?" Si el paciente relata un suceso reciente y califica los sentimientos asociados como "terribles" o "de depresión", el terapeuta le preguntará qué pensamientos se dieron inmediatamente antes de los sentimientos desagradables. Otra alternativa consiste en que el terapeuta pregunte qué significa para el paciente el suceso ocurrido. Del mismo modo, si un paciente, desesperado y extremadamente triste, llama por teléfono al terapeuta, éste puede emplear la conversación para ayudar al paciente a identificar sus pensamientos automáticos negativos: "¿Cuáles son sus pensamientos en este momento?" La preparación del paciente para el enfoque cognitivo durante la primera sesión se tratará con mayor profundidad en el capítulo siguiente.

En el curso de la terapia cognitiva de la depresión, seguimos el procedimiento siguiente: Una vez que el terapeuta ha explicado el fundamento teórico de la terapia cognitiva y ha expuesto el proceso de tratamiento, le entrega al paciente el manual *Coping with Depression* (Cómo hacer frente a la Depresión) (Beck y Greenberg, 1974), que presenta un material similar en forma impresa. El terapeuta le pide al paciente que lea este manual, que subraye las partes que le susciten o que sean especialmente relevantes para su caso y que haga anotaciones al margen. Esta sugerencia puede constituir la primera tarea a realizar en casa. Las respuestas del cliente ante el manual se revisarán en la segunda sesión.

Este procedimiento general de explicar con claridad cada paso del tratamiento y cada tarea para casa se mantiene a lo largo de toda la terapia. El terapeuta trata de hacer el tratamiento lo más comprensible y creíble posible, de modo que el paciente pueda participar activamente en la identificación de sus propios problemas y ayudar a desarrollar estrategias para tratar cada uno de estos problemas. En consecuencia, el paciente aprende principios generales para identificar y resolver problemas.

Recientemente, hemos comenzado a hacer experiencias piloto con cintas de video dirigidas a explicar a los pacientes el fundamento teórico y la base de la terapia cognitiva. Se ha observado que la "socialización de la terapia" reduce la tasa de abandonos e incrementa la responsividad a la

terapia en pacientes poco inteligentes o pertenecientes a una clase socioeconómica baja (para una revisión, véase Rush y Watkins, 1977). Asimismo, para los pacientes es positivo observar sus propias entrevistas filmadas en película o en cinta de video. Son capaces de identificar las conexiones existentes entre las ideas que verbalizan y las reacciones emocionales subsiguientes.

Fluctuaciones en la Intensidad de los Síntomas; Recaídas. Es importante que, durante las primeras sesiones, el terapeuta elicite las expectativas del paciente de cara al tratamiento. Algunos pacientes esperan que se produzca un milagro y suelen experimentar graves decepciones cuando no ocurre así. Otros depresivos, como resultado de la combinación de su pesimismo patológico y los fracasos de intentos de tratamiento anteriores, piensan que la terapia no logrará producir una mejoría duradera. Debido a estas expectativas, muchos individuos tienden a interpretar toda intensificación de los síntomas o de los problemas en un sentido negativo.

Por estas razones, es importante que el terapeuta deje claro que el curso natural de la depresión conlleva altibajos. Los pacientes pueden experimentar una fuerte bajada de ánimo después de varios "días buenos". Es más, es posible que algunos pacientes no experimenten mejoría alguna durante varias semanas. Es importante que el terapeuta informe al paciente de que, aunque sea razonable abrigar expectativas de mejoría, ambos deben estar preparados para una posible agudización de los síntomas o intensificación de los problemas.

Como se explicará en el capítulo 15, el terapeuta debe indicar al paciente que la intensificación de los síntomas o de los problemas externos, las recaídas durante o después del tratamiento, etc., les proporcionan una excelente oportunidad para identificar los factores específicos que producen estos retrocesos. Con frecuencia, hemos observado que un aparente contratiempo de esta naturaleza es, en realidad, una ventaja, en el sentido de que proporciona al paciente una experiencia para aprender a aplicar determinadas estrategias. Es conveniente, por lo tanto, preparar al paciente para que espere fluctuaciones y motivarlo para que trate de servirse de estas ocasiones en su propio beneficio.

Formular un Plan de Terapia para cada Sesión

Los principales objetivos de la terapia cognitiva son (a) eliminar los síntomas del síndrome depresivo y (b) prevenir las recaídas. Estos objetivos se implementan entrenando al paciente (a) a aprender a identificar y modificar sus pensamientos erróneos y su conducta inadecuada y (b) a reconocer y cambiar los patrones cognitivos que producen estas ideas y conductas desadaptativas. El terapeuta esboza y explica los objetivos en la primera sesión de tratamiento. La mejoría de los síntomas de la depresión implica el incremento de los sentimientos de satisfacción, etc. Cuando se toca

este punto, los pacientes depresivos pueden discutir la idea con argumentos como, "Es imposible que yo me sienta bien hasta que mi novio regrese". En tales casos, el terapeuta responderá directamente a este tipo de pensamientos: "Independientemente de si su novio regresa o no, lo más probable es que usted no desee seguir sitiéndose tan mal como hasta ahora" o "Usted puede estar más capacitada para hacerle volver una vez que haya conseguido superar la depresión".

La importancia de las técnicas encaminadas a la resolución de problemas merece una especial atención. Aunque, en general, el objetivo principal es la eliminación de los síntomas, los pasos a seguir para conseguirlo consisten en la definición y resolución de problemas concretos. En este sentido, el paciente aprende a evaluar los problemas con lógica y a aplicar sistemáticamente la técnica más adecuada para resolverlos. Es decir, el énfasis se pone en el aprendizaje o en la práctica de una técnica o destreza, no en la mera neutralización del dolor. Encontramos una formulación análoga a ésta en el tratamiento conductual de la obesidad, cuyo objetivo es la pérdida de peso. En este caso, el terapeuta se centra en aquellas *conductas* y *actitudes* que reducen la ingestión de alimentos, no en la pérdida de peso en sí misma. Estas conductas constituyen habilidades concretas que llevarán no sólo a la pérdida de peso, sino también a un control de peso permanente.

En este mismo sentido, el objetivo inmediato —la eliminación de los síntomas depresivos— se consigue gracias a una serie de sesiones o pasos sucesivos encaminados a definir los problemas objetivos y diseñados para enseñar al paciente determinadas habilidades o estrategias. El desarrollo de éstas consiste en: (a) aprender a evaluar las situaciones relevantes para sí mismo de una manera realista, (b) aprender a atender a todos los datos existentes (no sólo a datos sesgados en uno u otro sentido) sobre estas situaciones específicas, (c) aprender a formular explicaciones alternativas para el resultado de las interacciones, y (d) poner a prueba los supuestos desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes que proporcionen oportunidades para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de los problemas.

El objetivo a largo plazo de la terapia cognitiva se centra en facilitar la maduración, es decir, en generar habilidades para corregir las distorsiones cognitivas (y, por lo tanto, para hacer pruebas de realidad) y en incorporar actitudes más racionales y adaptativas. Es más, la maduración se refiere también al desarrollo de métodos más afectivos para manejar o adaptarse a las circunstancias ambientales difíciles o complejas y para hacer frente a los sentimientos negativos: asimismo se refiere a la sofisticación o perfeccionamiento de las habilidades sociales.

Establecer la Agenda al Comienzo de la Sesión

El terapeuta hace las veces de un guía experto: elabora un plan y proporcionaba un mapa y los instrumentos necesarios. No obstante, debe

asegurarse de que el paciente está dispuesto y desea seguir el plan. Así, terapeuta y paciente proponen unos temas determinados por la agenda de cada sesión, que fijarán al comienzo de ésta. Es conveniente que el orden del día incluya un breve resumen de las experiencias del paciente desde la última sesión y el correspondiente feedback. A partir de aquí, terapeuta y paciente deben estar de acuerdo en los objetivos específicos de la sesión. Los temas a tratar deben formularse en términos concretos y precisos, de modo que la atención del paciente se centre en la tarea que se tiene entre manos. Por ejemplo, el terapeuta puede decir, "El primer punto que tenemos en la lista es revisar los pensamientos automáticos que usted registró y ver cómo se pueden interpretar racionalmente para hacerlos frente".

La agenda específica de la sesión depende de varios factores. Obviamente, uno de ellos es la fase en que se halle la terapia y los progresos que vaya haciendo el paciente. Por ejemplo, es importante tener en cuenta si el paciente ha aprendido a detectar y registrar las cogniciones desadaptativas, a emitir respuestas racionales, a identificar y corregir errores de lógica en su pensamiento, etc.

Un segundo factor de peso es el referente a los problemas que más perturban al paciente en ese momento. Un tercer factor consiste en la intensidad de la depresión. Solemos emplear técnicas de tipo conductual con los pacientes más gravemente deprimidos. A medida que la depresión cede, se utilizan más tareas de tipo cognitivo que requieren razonamiento abstracto.

Otro nuevo factor se refiere a los contenidos o asuntos que quedaron pendientes en la sesión anterior. A veces, el paciente puede haber experimentado una reacción retardada hacia alguno de los contenidos tratados en la última sesión. El terapeuta debe preguntarle si ha experimentado algún sentimiento relacionado con la última sesión; en caso de que la respuesta sea afirmativa, el material pasa a formar parte de la agenda de la sesión actual.

Finalmente, el terapeuta debe estar atento a la "agenda secreta" del paciente, que puede contener temas que éste se muestre reacio a tratar; puede suceder que el paciente suscite estos temas al final de la sesión, cuando ya no queda tiempo para discutirlos.

Es de crucial importancia que el terapeuta no se aferre a una determinada secuencia de problemas, aunque sean de la mayor importancia, ya que ello podría hacer que pasase por alto *fenómenos actuales también importantes*. Evidentemente, una crisis aguda tiene carácter de urgencia, por lo cual tendrá prioridad respecto a otros contenidos, aunque éstos figurasen en la agenda con anterioridad. El terapeuta puede determinar la importancia de un contenido examinando el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados o el resumen de actividades diarias que el paciente registra en su cuaderno de notas. ¿Existe un tema recurrente que sea común a pensamientos distintos (por ejemplo, asumir la responsabilidad de que todo el mundo se sienta bien)? ¿Son los pensamientos de suicidio o la desesperanza un tema predominante?

Después de considerar todos estos factores, el terapeuta ayuda al paciente a elaborar la agenda de la sesión. Inicialmente, el terapeuta selecciona y define varios temas. A continuación, llegan a un consenso sobre la prioridad de los temas. Entonces, el terapeuta comienza a reflexionar sobre las estrategias más adecuadas para hacer frente a los problemas concretos, discutiendo siempre sus conclusiones con el paciente. Dada la necesidad de adaptar la técnica al paciente, suele ser conveniente que éste tome la decisión final sobre qué técnica emplear (por ejemplo el role-playing, las imágenes inducidas o la refutación de los pensamientos automáticos).

En resumen, la formulación de la terapia consiste en preparar una agenda para la sesión *con el paciente*; normalmente esto se hará al principio de cada sesión. Los asuntos que queden pendientes al final de una sesión se incluyen en la agenda de la siguiente. Los objetivos concretos se formulan explícitamente al comienzo de la sesión: se seleccionan los problemas a tratar (ver Capítulos 5-8) y una o varias técnicas para resolverlos. Ya que la terapia cognitiva es de tiempo limitado, el terapeuta debe utilizar con gran cuidado el tiempo de que se dispone en cada sesión. La elaboración de la agenda ayuda al terapeuta y al paciente a distribuir al tiempo de un modo racional.

Formular y Comprobar Hipótesis Concretas

Es crucial construir un modelo —un anteproyecto— que se adecúe a cada paciente. Basándose en las respuestas de éste a preguntas específicas, el terapeuta puede formular varias hipótesis. Los datos se elicitan según una secuencia lógica de preguntas (a) para comprobar hipótesis, (b) para modificar hipótesis, (c) para descartar hipótesis anteriores, o (d) para derivar hipótesis nuevas. Cuando el terapeuta piensa que la hipótesis es razonable, debe "probarla" en el paciente. Lo que hace es pedirle a éste su opinión sobre la "adecuación" de la hipótesis en cuestión y trabajar con él para modificarla, de modo que aumente la aplicabilidad de ésta a las circunstancias concretas del paciente. Más adelante, el paciente pondrá a prueba la (s) hipótesis en su vida diaria como si estuviese llevando a cabo un experimento.

Siempre que el terapeuta hace una pregunta o un comentario, debe apoyarse en un *fundamento teórico claro*, derivado del marco de la terapia cognitiva; además, debe formularlos de modo que eliciten una información concreta. Hemos observado que las preguntas específicas son más útiles para delimitar el área de problemas del paciente. Por el contrario, las preguntas abstractas, vagas y generales llevan a respuestas igualmente ambiguas. Además, las frases abstractas y vagas tienden a confundir o inquietar al paciente y es mucho más fácil que éste las interprete en un sentido negativo. Por ejemplo, si el terapeuta quiere conocer las ideas del paciente, podría preguntar, "¿Cuáles son sus pensamientos en este momento?" o "¿Cómo se siente ahora?" Las preguntas directas y específicas dan lugar a respuestas específicas. Un comentario como, "Me pregunto qué estará pensando usted"

elecitará cogniciones menos específicas que otro, mucho más concreto, como "Trate de recordar las palabras o imágenes exactas que acudieron a su mente en el momento de aquel suceso".

A partir de lo que el paciente informa sobre sus pensamientos, el terapeuta tiende a elaborar notaciones concretas acerca de las interpretaciones incorrectas, los errores de lógica y los supuestos básicos. Para detectar inconsistencias y supuestos subyacentes, el terapeuta formula hipótesis en base a los contenidos recurrentes que haya encontrado en el pensamiento del paciente. En el momento adecuado, pondrá a prueba las hipótesis en colaboración con el paciente.

Por ejemplo, el paciente podría manifestar continuos pensamientos automáticos sobre si les cae bien o no a los demás. El terapeuta podría presentar hipótesis como la siguiente:

> Usted pasa mucho tiempo dando vueltas a lo que los demás piensan de usted. La mayor parte de la atención que usted presta a las circunstancias ambientales se centra en averiguar si es una persona agradable. Incluso las situaciones que tienen poco o nada que ver con este tema —por ejemplo, la forma de comportarse del cajero del supermercado— las interpreta usted como relevantes para esta cuestión. ¿Le parece que estas observaciones se ajustan a la realidad?

Esta última pregunta es esencial para hacer que el paciente opine sobre la hipótesis formuladas por el terapeuta. Ello fortalecerá la colaboración entre terapeuta y paciente. Además, al formular el terapeuta estas hipótesis, también ayuda al paciente a considerar sus pensamientos como una serie de eventos psicológicos que consisten en su propia construcción de la realidad, pero que son necesariamente una representación de la realidad auténtica.

En este ejemplo, el terapeuta podrá expresar las hipótesis del siguiente modo:

Hipótesis 1: "Su respuesta automática ante cualquier interacción con otra persona es "Le agrado" o "Le desagrado"." *Comprobación: "Observe la frecuencia con que se pregunta lo que otras personas piensan de usted".*

Hipótesis 2: "Dado que usted está deprimido, la mayor parte de sus expectativas e interpretaciones serán negativas". Comprobación: "Registre en su contador de pulsera el número de expectativas e interpretaciones negativas".

Hipótesis 3: "Usted tiende a ver juicios de valor (principalmente negativos) en las respuestas de otras personas, aunque no exista ningún tipo de evidencia para establecer tal conclusión, o incluso, aunque se trate de personas que no tienen razón para juzgarle a usted —ni en sentido positivo ni negativo". *Comprobación:* "Después de cada interacción pregúntese, (a) '¿Me he sentido dolido o rechazado tras la interacción?' (b) '¿Tengo evidencia de que la otra persona siquiera se haya dado cuenta de mi presencia?' (c) 'En caso afirmativo, ¿tengo evidencia de que su reacción no haya sido neutral?' ".

Nota: Es esencial que el terapeuta recuerde que las hipótesis no son más que meras conjeturas formales y no *hechos* ni *datos*. Los datos consisten en

las observaciones introspectivas e informes del paciente mas los resultados de las pruebas "experimentales".

Si se confirman las hipótesis, los resultados preliminares se dejan aparte hasta que llegue el momento de formular los supuestos subyacentes del paciente, que se discuten en las últimas fases de la terapia. Algunos de los supuestos subyacentes del caso del ejemplo podrían ser: (1) "Es crucial para mi felicidad saber que le caigo bien a todo el mundo", (2) "Mi autoestima depende de lo que otras personas piensen de mí". Estos posibles "supuestos" deben someterse a prueba para su verificación o refutación, al igual que cualquier constructo psicológico inferido.

Elicitar Feedback del Paciente

La colaboración entre terapeuta y paciente requiere un esfuerzo conjunto para identificar y evaluar cogniciones, formular hipótesis y realizar "experimentos". A través de todos estos intercambios verbales, el terapeuta debe observar las reacciones del paciente ante su conducta verbal y no verbal. Este feedback adquiere una importancia especial en el marco de la terapia con depresivos —es un factor crucial para afianzar la relación terapéutica. Es más, el mecanismo de feedback anima al paciente a expresar sus sentimientos y percepciones sobre la terapia, las tareas para casa, el propio terapeuta, etc. Este iniciará el procedimiento en los primeros momentos de la terapia, pidiéndole al paciente que evalúe la sesión que están a punto de concluir, la anterior, las tareas para casa, etc. No debe olvidarse que, con frecuencia, los depresivos se muestran reacios a "hablar continuamente" con el terapeuta por miedo al rechazo, a la crítica o a cometer un error. Según esto, pueden mostrar su acuerdo con una formulación por puro y simple conformismo. El terapeuta deberá hacer un esfuerzo adicional para que el paciente exprese posibles sentimientos o deseos que tengan que ver con el conformismo o la sumisión (ansiedad ante el rechazo, deseo de agradar, etc.)

El feedback es especialmente importante cuando los pacientes interpretan negativamente las afirmaciones y preguntas del terapeuta. Por ejemplo, al escuchar las explicaciones sobre la autoevaluación negativa, una paciente —al borde del llanto— dijo, "Me siento terriblemente deprimida y ahora usted me dice que *mis pensamientos tampoco son adecuados*". El feedback es el único medio de que dispone el terapeuta para averiguar si él y el paciente están en la misma "onda" y poder corregir las posibles interpretaciones erróneas que se hagan de su conducta o de las técnicas que emplea.

El modo de elicitar este tipo de feedback del paciente se debe establecer en la primera sesión. Tras la explicación introductoria de los métodos que sigue la terapia cognitiva, el terapeuta le pide al paciente que exprese lo que sienta o piense. Debe animar al paciente a manifestar su acuerdo o desacuerdo en todo momento.

Por ejemplo, en la primera sesión, el terapeuta puede decir:

> Ahora que hemos hablado de sus emociones y pensamientos negativos, es importante dejar claro que estas mismas reacciones negativas pueden darse con respecto a la propia terapia. Es decir, es posible que yo diga o haga algo que a usted le parezca hiriente o insultante. Su interpretación puede ser correcta o no, pero el único modo de saberlo es discutiéndolo entre los dos. Yo no puedo saber si usted experimenta esta clase de pensamientos o sentimientos a no ser que me lo diga explícitamente. Como podrá comprobar, estas *manifestaciones* por su parte *son muy valiosas* porque nos proporcionan una información que puede ser útil para la terapia. De hecho, suele ser el mejor material a emplear en el curso del tratamiento. Al final de cada sesión, revisaremos las reacciones que haya experimentado a lo largo de la misma; es muy importante que usted me comunique cualquier detalle que le haya molestado o confundido y cualquier sentimiento negativo o desagradable que haya experimentado.

Muchos depresivos se muestran particularmente reacios a expresar sus percepciones negativas del terapeuta. Pueden pensar, "Si me quejo, le molestará o incluso abandonará mi caso". Por esta razón es responsabilidad del terapeuta buscar el feedback, al menos al principio. Transcurrido un tiempo, el paciente puede comenzar a expresar voluntariamente sus opiniones, sin necesidad de que el terapeuta le haga preguntas. En general, el tipo de interpretaciones erróneas, respuestas exageradas o distorsiones del paciente con respecto a otras personas suelen tener un cierto paralelismo con sus reacciones ante el terapeuta.

Entre las respuestas cognitivas típicas que los pacientes expresan al terapeuta, se encuentran las siguientes:

1. "A usted no le caigo bien".
2. "Soy su peor paciente".
3. "Usted no puede curarme".
4. "Usted está deseando librarse de mí".
5. "No le interesa escuchar mis problemas".
6. "Lo que usted pretende es que me internen en un hospital, que me apliquen electroshock, etc,".
7. "Se aburre conmigo".
8. "No me comprende".
9. "Está usted más interesado en aplicar sus técnicas que en sí mismo".
10. "Actúa como si supiese más acerca de mis propios sentimientos de lo que sé yo mismo".
11. "Siempre trata de poner en boca mía palabras que yo no he pronunciado".

Es conveniente que al comienzo de cada sesión el terapeuta busque feedback acerca de las últimas tareas para casa y de la sesión anterior. Por ejemplo, "¿Ha pensado usted algo sobre las tareas para casa?" o "Probablemente ha pensado algo sobre la última sesión. ¿Qué reacción experimentó?" Por otra parte, también es conveniente elicitar feedback hacia el final de la sesión. Por ejemplo, "¿Ha experimentado algún pensamiento o sentimiento

a lo largo de esta sesión?", "En este momento, se siente mejor o peor que al empezar la sesión?"

El terapeuta debe prestar mucha atención a la conducta no verbal (por ejemplo, cambios bruscos en la expresión del rostro, lágrimas o incipientes cambios en el tono de voz, etc.) como forma de feedback. Si observa este tipo de reacciones, debe actuar con mucho tacto, puede preguntar, por ejemplo, "¿Qué está pensando ahora?" Cuando surgen prensamientos automáticos durante la sesión, se tratan de la misma forma que las cogniciones que el paciente registra en sus tareas para casa. El terapeuta busca los estímulos que evocan estas respuestas, así como la evidencia que apoye las cogniciones de que informa el paciente. Cuando se encuentran errores cognitivos específicos (por ejemplo, inferencias arbitrarias, sobregeneralización, atención sesgada, etc.), éstos pueden llegar a convertirse en el centro de la discusión. El terapeuta debe abstenerse de apoyar o contradecir al paciente prematuramente. Suele ser más conveniente guiarle y ayudarle a reconstruir cómo llegar a la distorsión cognitiva de que se trate.

En ocasiones, los pacientes hacen observaciones directas sobre la conducta antiterapéutica del terapeuta. Pueden decir, por ejemplo, "Me parece que usted habla demasiado y no me da oportunidad pare expresar lo que yo pienso". El terapeuta debe estar preparado para reconocer que puede cometer errores como cualquier persona y podría responder, "Otros pacientes también me han hecho observaciones parecidas. Cuando le parezca que estoy hablando demasiado, le agradeceré que me interrumpa o me haga una seña, como agitar la mano o algo así". Este comportamiento no sólo mejora la relación, sino que estimula al paciente a ser más asertivo —lo cual constituye un eficaz antídoto de la depresión.

Resúmenes Intercalados

Hemos observado que hacer síntesis o resúmenes en determinados momentos de la sesión resulta de gran utilidad para el terapeuta. Al mismo tiempo, es conveniente pedirle al paciente que haga un resumen breve sobre lo que cree que el terapeuta intentaba comunicarle. Si se hace sistemáticamente a lo largo de la sesión, este procedimiento sirve para determinar si paciente y terapeuta están en la misma "onda" y ayuda al paciente a centrarse en problemas concretos.

En la sesión inicial, por ejemplo, el terapeuta puede sintetizar los distintos temas que haya extraído de la descripción de los problemas y síntomas por parte del paciente y preguntar si su resumen es correcto y está completo. En las últimas sesiones, el terapeuta puede repetir expresiones del paciente, por ejemplo, "Así pues, usted dice que ..." o "Creo entender que usted dice que ..." Si el terapeuta no está seguro del contenido concreto del material verbal, puede preguntar, "¿Estoy en lo cierto al pensar que ...?" En cualquier caso, el terapeuta esperará la confirmación, corrección o rechazo del resumen antes de continuar.

Asimismo, se intenta determinar con qué exactitud comprende el paciente las explicaciones o sugerencias del terapeuta. En ciertos momentos de la sesión, el terapeuta puede decir, "Para asegurarnos de que nos entendemos mutuamente, le pediría que me explicase con sus propias palabras lo que yo he dicho". A medida que avanza la terapia, el paciente debe ir asumiendo la responsabilidad de sintetizar el contenido de la discusión. ¡A menudo suele ocurrir que la versión del paciente sobre lo que se ha tratado difiere notablemente de la del terapeuta!.

En la práctica real, el terapeuta se vale de los resúmenes al menos tres veces a lo largo de una sesión terapéutica standard: (1) Al preparar la agenda, repasa los puntos principales que el paciente y él acordaron abordar durante la sesión; (2) hacia la mitad de la sesión, recopila el material tratado hasta ese momento; (3) hacia el final de la sesión, presenta un último resumen que incluya los aspectos principales de la sesión —este resumen final puede hacerlo el paciente.

Hemos observado que los pacientes suelen responder favorablemente cuando se les pide feedback y cuando se presentan resúmenes intercalados. Muchos de ellos han subrayado que estos procedimientos les hacían sentirse más cerca del terapeuta. Al analizar algunas entrevistas filmadas en video, hemos hallado evidencia empírica de que estas técnicas facilitan el desarrollo de la empatía y la aceptación.

Contar con la Participación de Personas Significativas

Existe bastante evidencia de que la participación de un familiar o un amigo puede incrementar el efecto terapéutico de una sesión. El terapeuta debe juzgar el momento más oportuno para incluir la paricipación de un tercero, que puede ser el esposo/a o un amigo íntimo. A no ser que existan contraindicaciones específicas, se entrevistará a la persona en cuestión inmediatamente después de la primera entrevista con el paciente. Este procedimiento permite al terapeuta obtener información sobre los síntomas del paciente, su nivel de funcionamiento, posibles intentos de suicidio, etc. Además, proporciona la oportunidad de explicarle a la persona de que se trate el fundamento teórico, los procedimientos terapéuticos y las tareas para realizar en casa, de modo que esta persona pueda reforzar el régimen terapéutico. Es más, con la participación de un pariente o amigo, el terapeuta va a poder neutralizar algunas de las posibles conductas antitetapéuticas de éstos (por ejemplo, mostrarse demasiado solícito, hacer sugerencias incorrectas o inconvenientes, reñir al paciente, etc.). Por último, las entrevistas con una persona significativa pueden arrojar datos sobre posibles tensiones entre esta persona y el paciente que hayan contribuido a la génesis o al mantenimiento de la depresión. La información, recogida puede sugerir la conveniencia de una "terapia de pareja".

En algunos casos, por ejemplo, con personas de edad o con adolescentes, puede ser recomendable la participación de un paraprofesional entrenado para implementar el programa terapéutico global. Este terapeuta auxiliar

puede ayudar al paciente no sólo a realizar las tareas conductuales, sino también a identificar las cogniciones negativas y a formular respuestas relacionales ante ellas.

Utilizar Técnicas Auxiliares

El terapeuta puede servirse de distintos recursos para reforzar y ampliar el impacto de la sesión terapéutica. Suele ser conveniente que el paciente escuche lo que se ha dicho en una sesión grabada en cinta magnetofónica. A no ser que existan contraindicaciones específicas, es recomendable que el paciente escuche la cinta entre sesión y sesión. Muchos pacientes han manifestado que ver películas de las sesiones les ayuda a corregir algunas de sus percepciones distorsionadas acerca de sí mismos y también a ver más claras sus conductas desadaptativas.

También solemos emplear cintas magnetofónicas y cintas de video especialmente encaminadas a ilustrar las técnicas terapéuticas y a demostrar al paciente cómo aprender dichas técnicas; por ejemplo, a reconocer los "pensamientos automáticos" negativos y a responder a ellos.

CAPITULO 5
LA ENTREVISTA INICIAL

Comienzo de la entrevista inicial

A lo largo de años de experiencia, hemos observado que la terapia comienza con el primer contacto con el paciente —sea éste telefónico o en la consulta del terapeuta. Como se expuso en los Capítulos 2 y 3, el terapeuta intenta establecer una relación personal y relajada con el paciente, sin por ello perder de vista las evidentes diferencias de rol; el hecho de que el paciente es un individuo con problemas que busca la ayuda de un experto. El establecimiento de la relación, la recogida de la información relevante y la aplicación de técnicas cognitivas específicas pueden quedar determinadas ya desde la entrevista inicial.

Muchos terapeutas encuentran conveniente comenzar la entrevista con una pregunta como, "¿Qué sentimientos le produce acudir a un terapeuta?" o "¿Qué sentimientos ha experimentado ante la idea de venir hoy aquí?" Muchos pacientes responden con expresiones de ansiedad o pesimismo. En estos casos, el terapeuta puede investigar algunos de los pensamientos automáticos que se encuentren detrás de estos sentimientos desagradables mediante preguntas como, "¿Recuerda lo que ha pensado en la sala de espera o en el camino desde su casa hasta aquí?" o "¿Qué esperaba usted que ocurriese al llegar aquí?" Por el mero hecho de compartir sus expectativas con el terapeuta, el paciente puede facilitar el camino hacia una relación de colaboración.

El siguiente diálogo ilustra un modo de comenzar la entrevista inicial:

TERAPEUTA: ¿Qué sentimientos ha experimentado ante la idea de venir hoy aquí?

PACIENTE: Estaba muy nervioso.

T: ¿Ha pensado algo concreto acerca de mí o de la terapia antes de venir?.

P: Estaba nervioso por si usted pensaba que yo no era adecuado para este tipo de terapia.

T: ¿Ha experimentado algún otro pensamiento o sentimiento?

P: Bueno, para serle sincero, le diré que estaba un poco desesperado —he visto a varios terapeutas y sigo deprimido.

T: Y ahora que ya hemos hablado un poco, ¿sigue pensando que le voy a rechazar como paciente?

P: No sé .. ¿Piensa usted hacerlo?

T: No, por supuesto, pero quiero que vea que ése es un ejemplo de cómo las expectativas provocan ansiedad ... Ahora que ya sabe que sus expectativas eran negativas, ¿cómo se siente?

P: Bien, ya no estoy tan nervioso, pero sigo teniendo la terrible sensación de que usted no va a poder ayudarme.

T: Bien, quizá más tarde podamos volver sobre este sentimiento de pesimismo y ver si aún lo sigue manteniendo. En cualquier caso, creo que ha aportado usted algo muy importante: el hecho de que las ideas negativas producen sentimientos negativos o desagradables —en su caso, ansiedad y tristeza ... ¿Cómo se siente ahora?

P (más relajado): Mejor, creo.

T: Muy bien ... Ahora, ¿podría decirme en pocas palabras en qué aspectos concretos desea ayuda?

Este tipo de diálogo sirve para varios propósitos: (a) Ayuda a tranquilizar al paciente, favorece una relación terapéutica informal y facilita la labor terapéutica. (b) Proporciona al terapeuta información sobre las expectativas del paciente. (c) Proporciona una oportunidad para situar la relación entre la cognición y el afecto. (d) La mejoría inicial de los sentimientos desagradables del paciente puede servirle como incentivo para identificar y corregir sus distorsiones cognitivas.

Recogida de la información relevante.

Es importante observar que una entrevista bien llevada no sólo hace surgir la información relevante sobre (a) el diagnóstico del paciente, (b) su historia, (c) su situación actual, (d) los problemas psicológicos, (e) su actitud ante el tratamiento y (f) su motivación para el mismo, sino que además ofrece al paciente una cierta objetividad en relación con su problema concreto. Esta objetividad en sí misma suele ser bastante alentadora*)

En nuestro grupo, tratamos de obtener el máximo de información posible a través de autoinformes, siempre antes de la primera entrevista; de este modo, se reduce considerablemente el tiempo necesario para hacer la evaluación clínica. Los cuestionarios proporcionan datos biográficos e información sobre los síntomas, enfermedades anteriores, contactos previos con profesionales de la salud, otros tratamientos, etc. Uno de los instrumentos terapéuticos más útiles es el Inventario de depresión (Beck, 1967; Beck,

* Disponemos de una entrevista grabada en video, preparada especialmente para mostrar las técnicas cognitivas de la entrevista inicial, que puede resultar útil para ilustrar estos puntos. Consultar el Apéndice en caso de que desee obtener información sobre cómo conseguir una copia de esta cinta.

1978), que no sólo proporciona una evaluación rápida de la gravedad del problema, sino que también suele poner de manifiesto ciertos síntomas (por ejemplo, las ideas de suicidio) que exigen una intervención inmediata. Por otra parte, los diversos ítems del Inventario de Depresión proporcionan información sobre los pensamientos negativos del individuo, lo cual constituye una guía natural hacia los problemas principales del paciente (por ejemplo, sus expectativas de que todo le va a salir mal, la percepción de sí mismo como un fracasado, la creencia de que es incapaz de hacer algo por sí solo, las ideas de suicidio, etc.). Paralelamente, la Hopelessness Scale (Escala de Desesperanza) (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974) presenta múltiples ítems que pueden servir como punto de partida apara abordar la visión negativa del futuro por parte del paciente.

La mayor parte de las respuestas a las preguntas del terapeuta ofrecen un conjunto de informaciones relevantes de las ideas del paciente y la conexión entre sus pensamientos negativos y sus emociones desagradables. La "socialización de la terapia", ya descrita en el Capítulo anterior, es de gran importancia. Aunque muchos pacientes conocen ya el marco conceptual de la terapia cognitiva, casi todos requieren demostraciones e ilustraciones relacionadas con sus propios problemas para lograr la total comprensión de este enfoque.

En algunos casos, concretamente en aquéllos en que el paciente presenta un agran dificultad para expresarse o no conoce la estructura básica de la terapia cognitiva, suele ser conveniente introducir algunas instrucciones preliminares e informar al paciente sobre la terapia cognitiva de la depresión. Este material ayuda a formar las expectativas del paciente y a esbozar las líneas generales del tratamiento. La siguiente explicación suele ser suficiente para este propósito. De hecho, puede que no sea necesario entrar en más detalles.

> En principio, vamos a concretar las dificultades o problemas que usted tiene; emplearemos técnicas que, probablemente, servirán para resolver esas dificultades. Será muy importante conocer sus reacciones ante situaciones específicas y los efectos que ejercen sobre sus sentimientos. Observando atentamente sus reacciones, tendremos más y mejores datos para poder ayudarle. A continuación, estudiaremos otras maneras de hacer frente al stress, a la tensión, especialmente aquéllas que puedan servir para prevenir posibles depresiones futuras. La mayoría de los procedimientos quedarán más claros una vez que los pongamos en práctica. ¿Tiene alguna pregunta antes de seguir adelante?

En nuestros estudios de investigación sobre la terapia cognitiva de la depresión, seguimos el procedimiento siguiente: Una vez que el terapeuta ha explicado el fundamento teórico de la terapia cognitiva y ha expuesto el proceso de tratamiento, le entrega al paciente el manual *Coping with Depression* (Cómo hacer frente a la Depresión), que presenta un material similiar en forma impresa. El terapeuta le pide al paciente que lea este manual, que subraye las partes que le susciten dudas o que sean especialmente relevantes para su caso y que haga anotaciones al margen. Esta sugerencia

puede constituir la primera tarea a realizar en casa. Las respuestas del cliente ante el manual se revisarán en la segunda sesión*.

Este procedimiento general —explicar con claridad cada paso del tratamiento y cada tarea para casa— se mantiene a lo largo de toda la terapia. El terapeuta trata de hacer el tratamientro lo más comprensible y creíble posible, de modo que el paciente pueda participar activamente en la identificación de sus problemas y pueda ayudar a desarrollar estrategias para tratar cada uno de estos problemas. En consecuencia, el paciente aprende principios generales para identificar y resolver problemas.

Recientemente, hemos comenzado a hacer experiencias piloto con cintas de video dirigidas a explicar a los pacientes el fundamento teórico y la base de la terapia cognitiva. Se ha observado que la socialización de la terapia reduce la tasa de abandonos e incrementa la responsividad a la terapia en pacientes poco inteligentes o pertenecientes a una clase socioeconómica baja.

Nota: La cantidad de información que puede obtenerse del paciente es prácticamente infinita, pero *el tiempo y el número de preguntas que pueden formularse son finitos.* Dadas las limitaciones de tipo práctico, el terapeuta se ve forzado a obtener el mayor partido de una información limitada. Por lo tanto, es esencial que trate de formular siempre preguntas relevantes. Esto quiere decir que es posible que el problema de fondo no surja sino después de varias sesiones. No obstante, es esencial que los problemas principales queden claros ya en la primera sesión y que se le presente al paciente un esbozo del plan de tratamiento, en especial cuando aquél se encuentra seriamente perturbado. Es más, gracias a las preguntas en busca de información y a los comentarios que hace el terapeuta, *es de esperar que el paciente se sienta mejor al final de la primera sesión.* Esto es de particular importancia en el caso de pacientes suicidas, quienes pueden decidir incurrir en el acto suicida si se sienten desalentados después de la primera sesión. En cualquier caso, es recomendable dedicar al menos una hora u hora y media a la entrevista inicial.

Información para el Diagnóstico

Es obvio que el terapeuta debe efectuar una evaluación diagnóstico completa, a no ser que ya se haya realizado un diagnóstico previo antes de que el paciente acudiese a la consulta. Incluso en este caso, el terapeuta debe confirmar el diagnóstico y estar atento a señales no verbales que puedan especificar más el diagnóstico o indicar una psicopatología determinada. En el tratamiento de las depresiones, el terapeuta debe poseer amplios conocimientos y una larga experiencia para reconocer las múltiples "caras" de la depresión: Debe prestar atención, por ejemplo, a la "depresión sonriente", a los trastornos orgánicos enmascarados tras una depresión y a las depresiones enmascaradas detrás de trastornos orgánicos (Beck, 1967). Muchos de estos suelen ponerse de manifiesto al hacer la historia del paciente.

* Como ocurre en otros procedimientos terapéuticos, se anima al paciente a expresar su desacuerdo con la información o las sugerancias que le hace el terapeuta. La expresión de opiniones contrarias es muy útil porque da pie para conseguir las interpretaciones incorrectas del terapeuta y las distorsiones del paciente, para evitar el conformismo o la sumisión, para incrementar la asertividad y, en genaral, para fomentar el esfuerzo colaborativo.

Desde luego, las preguntas nuncan deben formularse como si se tratase de un interrogatorio rápido, lo que ocurre con frecuencia en diversos centros cuando se llevan a cabo las exploraciones psicológicas. Algunas preguntas relacionadas con síntomas concretos pueden, a la vez, dar lugar a alusiones a determinadas tensiones procedentes del ambiente, lo cual permite obtener información sobre la situación en que se desenvuelve el paciente y el contexto social del trastorno. Por ejemplo, el siguiente diálogo proporciona información sobre lo síntomas, los factores que influyen y, al mismo tiempo, sobre la situación vital del paciente:

TERAPEUTA: ¿Puede hablarme sobre las emociones que le están causando problemas?

PACIENTE: Me siento verdaderamente deprimido ... Tengo que redactar un trabajo para clase ... Me levanto temprano, pero me dedico a deambular durante todo el día; no consigo concentarme y ponerme a trabajar ...

El terapeuta hace una pausa suficientemente larga para asegurarse de que el paciente ha terminado antes de pasar a la siguiente pregunta.

T: ¿De qué trabajo se trata?

P: Es para graduarme en Arqueología.

T: ¿Qué otros síntomas tiene?

P: Me pongo muy nervioso cuando tengo que llamar a una chica para pedirle una cita .. Es un gran problema.

T: ¿Ha estado casado?

P: No, pero estuve viviendo con una chica ... Rompí con ella hace tres meses.

T: ¿Existe alguna conexión entre esta ruptura y el comienzo de la depresión?

P: Supongo que sí. Me sentía tan mal que volví a casa de mis padres ... En realidad, detesto vivir con ellos.

Como puede observarse, se obtiene bastante información sobre los síntomas del paciente, su nivel cultural/nivel de estudios, tensiones y situación en casa. Además, observemos que hacer una pausa después de la primera respuesta a una pregunta permite obtener información adicional. Ante el silencio del terapeuta, el paciente comprende que se espera de él una mayor elaboración.

Nota: Para hacer óptima la duración de las pausas, se necesita esperiencia y mucho entrenamiento; por lo general, las pausas demasiado largas no son recomendables, ya que el paciente puede malinterpretar el silencio como un rechazo, o bien puede caer en una autocrítica obsesiva.

Exploración del Estado Mental

Es crucial que el terapeuta haga su propia evaluación de si el paciente es psicótico o no lo es. Del mismo modo, es imprescindible que determine rápidamente si se trata de un paciente suicida. Las propias expresiones de desesperación del paciente pueden proporcionar pistas para identifcar tendencias de suicidio. Para una explicación más detallada de cómo pueden elicitarse las tendencias al suicidio durante la entrevista, véase el Capítulo 10 que versa, sobre el tratamiento del paciente suicida.

Asimismo, el terapeuta debe prestar atención a posibles trastornos "orgánicos", tales como una lesión cerebral, enfermedades camufladas como depresión, deficiencia mental, etc. El Inventario de Depresión es un buen instrumento que cubre las distintas facetas de la depresión. Ahora bien, pueden darse otros muchos síntomas junto con la depresión y es un hecho, que, en algunos casos, la depresión puede ser sólamente un factor más de otro problema más grave, como puede ser la esquizofrenia. Por todo ello, el terapeuta debe poseer una gran experiencia en la evaluación y diagnóstico psiquiátricos, así como un relativo conocimiento de los trastornos orgánicos.

Nota: El desarrollo de la primera entrevista y las respuestas del paciente ante algunas preguntas pueden proporcionar información sobre la capacidad de introspección de éste, su capacidad para interpretar objetivamente sus ideas y su situación de vida, su capacidad para concentrarse en un asunto concreto, su capacidad de razonamiento y su capacidad para aplicar los principios que le indica el terapeuta. Es más, la entrevista puede informar sobre la facilidad del paciente para establecer el rapport, su sentido del humor, su motivación para la terapia, etc. Por lo tanto, la entrevista terapéutica no debe concebirse como una prueba de resistencias al stress, sino que debe dirigirse a suscitar y movilizar los recursos de que disponga el paciente (su "fuerza del ego"), con objeto de que el terapeuta cuente con una base racional para formular el plan de tratamiento.

Transformar las "quejas principales" en "síntomas objetivo"

Hemos observado que cada paciente depresivo presenta unos síntomas o problemas concretos que para él representan el aspecto más problemático de su trastorno. Por esta razón, suele ser conveniente que el terapeuta obligue al paciente a concretar sus quejas o problemas.

A menudo, puede ocurrir que las quejas no se reconozcan como síntomas de la depresión, si el terapeuta las interpreta según su significado aparente. A continuación, figuran algunos ejemplos de quejas que constituyen signos de depresión:

1. "Mi cerebro se está deteriorando. Por eso quiero morir." El problema real resultó ser que el paciente tenía dificultad de concentrarse, síntoma que interpretaba como una lesión cerebral progresiva.

2. "Quiero divorciarme de mi marido." El problema subyacente era que la paciente interpretaba todas sus relaciones e interacciones en términos absolutos, de "blanco y negro". La paciente sólo era capaz de ver las características negativas de su esposo —de hecho, las exageraba. Otro componente de la depresión consistía en su incapacidad de responder con afecto a ninguna persona; sin embargo, interpretaba la pérdida de sentimientos hacia su marido como signo equívoco de que su amor por él estaba perdido irremisiblemente. De hecho, cuando ya no se encontraba deprimida, mantenía una relación feliz y satisfactoria con su marido.

3. "No tengo sentimientos." Como ya se ha apuntado, los depresivos suelen experimentar una reducción de los sentimientos "positivos" como amor, placer, alegría, humor, etc. Algunos pacientes interpretan esta ausencia de respuestas afectivas como señal de que están sufriendo una transformación permanente. Varios pacientes se han descrito como "zombies" o como seres "subhumanos". Es decir, no consideran estos síntomas como aspectos de la depresión, sino como señal de una serie de cambios de personalidad irreversibles.

4. "No puedo hacer frente a mis problemas". En este caso, la paciente exageraba sus dificultades interpersonales, a la vez que subestimaba su capacidad para hacer frente a distintas situaciones. Como resultado de estas autoevaluaciones negativas, su confianza en sí misma disminuía cada vez más. De este modo, se iba creando un círculo vicioso que minaba progresivamente su capacidad para enfrentarse a las situaciones.

5. "Soy mala persona." La paciente interpretaba otros síntomas de la depresión (lentitud, dificultad para concentrarse, pérdida del afecto hacia su familia, etc.) en el sentido moralista típico que se observa en los pacientes depresivos. Consideraba que estos síntomas indicaban que "Soy perezosa egoista; no me preocupo más que de mí misma."

6. "La vida no tiene sentido." Suele ser índice de tendencias suicidas. (Veáse Capítulo 10.)

Objetivos terapéuticos de la entrevista inicial

Uno de los objetivos terapéuticos de la entrevista inicial es conseguir al menos una cierta mejoría de los síntomas. Obviamente, esto sirve a las necesidades del paciente, en el sentido de que reduce su sufrimiento, a la vez que satisface el deseo del terapeuta de ayudar a otra persona. Además la mejoría de los síntomas incrementa el rapport, la colaboración terapéutica y la confianza en la efectividad de la terapia. Es probable que la mejoría de los síntomas en sí misma haga que el paciente se sienta más optimista; por otra parte, el efecto reforzante de haber "trabajado sobre" un determinado problema suele estimular al paciente a realizar las tareas para casa entre una y otra sesión.

Con objeto de facilitar el proceso terapéutico, es conveniente que la mejoría de los síntomas tenga una base más sólida que el simple rapport, una actidud amable y abierta, o promesas de una "mejoría rápida". Las promesas dirigidas a tranquilizar al paciente deben usarse son mucho cuidado, dado

que ejercen sólamente un afecto transitorio en los procesos cognitivos, en las distorsiones de la realidad y en las predicciones negativas. De hecho, las promesas que hace el terapeuta a menudo son perjudiciales cuando el paciente experimenta fluctuaciones en los síntomas.

La manera más eficaz de conseguir este primer objetivo terapéutico y una *base racional* para las promesas consiste en delimitar un conjunto de problemas y, en el transcurso de la entrevista, enseñar al paciente estrategias para hacer frente a esos problemas. La aplicación técnica de las estrategias debería comenzar (en un caso ideal) durante la entrevista y, por supuesto, el paciente debería ponerla en práctica una vez finalizada la sesión. Cualquier "experiencia de éxito" que tenga el paciente —por ejemplo, conseguir aislar un problema y considerarlo objetivamente durante la entrevista— puede incrementar su sensación de que puede hacer frente a los problemas. En cierto sentido, la sesión terapéutica puede considerarse como una serie de "miniconfrontaciones": El terapeuta expone un "problema" (formula una pregunta, propone un plan) y el paciente ofrece una solución (responde a la pregunta; acepta, rechaza o modifica el plan propuesto). Si se llega a un acuerdo en cuanto a que la respuesta del paciente es satisfactoria o, cuando menos, adecuada, todo el proceso constituirá una experiencia de éxito para el paciente. Darse cuenta por sí solo de que su respuesta es adecuda y recibir feedback positivos por parte del terapeuta constituyen hechos que refutan la idea del paciente de que es incapaz de hacer nada bien o de que su interacción con otras personas es inadecuada. La repetición de estas experiencias "de éxito" a lo largo de la sesión contrarresta las cogniciones negativas del paciente. Naturalmente, el terapeuta debe plantear problemas (o preguntas) a los que el paciente pueda responder con soluciones "correctas". Por ejemplo, aplicando el modelo de resolución de problemas, el terapeuta formulará preguntas específicas, en vez de abstractas, con objeto de que el paciente pueda concentrarse mejor y emitir respuestas concretas.

Seleccionar los síntomas objetivo

Resulta difícil determinar de antemano los problemas más urgentes y el nivel de acercamiento a los mismos. No obstante, en general, en los pacientes que presenten un grado medio o grave de depresión, el punto central de la intervención terapéutica se situará en el nivel de los síntomas objetivo*. Un síntoma objetivo puede identificarse como cualquiera de los componentes de la depresión que conlleva sufrimiento o algún tipo de incapacidad funcional. Los síntomas objetivo pueden clasificarse en las siguientes categorías (para una descripción más completa de estas categorías, véase Beck, 1967, pags. 10-43):

* En contraposición a la Terapia Racional Emotiva, que se centra más bien en las "Ideas Irracionales" generales que se supone subyacen a todo trastorno neurótico. En el caoltulo 9 se presenta una discusión completa sobre los síntomas objetivo típicos y su tratamiento.

1. Síntomas afectivos: tristeza, pérdida de la gratificación, apatía, pérdida de sentimientos, y afecto por otras personas, pérdida de la alegría, ansiedad.

2. S. Motivaciones: deseo de escapar (normalmente, vía suicidio); deseo de evitar "problemas" o incluso actividades cotidianas.

3. S. Cognitivos: dificultad para concentrarse, problemas de atención, dificultades de memoria. Las distorsiones cognitivas —que se sitúan más bien a nivel conceptual o en el nivel del procesamiento de la información— se discutirán en el siguiente apartado.

4. S. Conductuales: suelen ser reflejo de otros tipos de síntomas ya mencionados; se incluyen la pasividad (por ejemplo, quedarse en la cama o permanecer sentado en una silla durante horas), la evitación o huida del contacto con otras personas, la lentitud, la agitación.

5. S. Fisiológicos o vegetativos: alteraciones del sueño (tiempo de sueño por encima o por debajo de los períodos normales), del apetito (hiperfagia o hipofagia), etc.

El terapeuta (en colaboración con el paciente) determina los *síntomas objetivo* por los que van a comenzar, basándose en varios factores:

a. ¿Cuáles son los más problemáticos para el paciente?

b. ¿Cuáles son los más susceptibles de intervención terapéutica?

Las *técnicas* específicas a aplicar no se discutirán en detalle en este apartado, ya que constituyen el contenido de los cinco capítulos siguientes. En general, las técnicas pueden clasificarse en (a) predominantemente conductuales —que generalmenre consisten en estimular al paciente a realizar determinadas actividades o proyectos que servirán para aliviar sus sufrimientos, a la vez que influirán positivamente en otros síntomas; (b) predominantemente cognitivas —que se centran en los pensamientos del paciente.

Cuando se trata de una depresión más leve, la terapia suele centrarse en los problemas externos que tengan relación con el comienzo o mantenimiento de la depresión. Entre estos problemas pueden enconrarse las tensiones o dificultades en casa, en clase o en el trabajo. Suelen tener un componente de pérdida, como la ruptura de una relación amistosa, el fracaso en la consecución de un objetivo deseado, o la privación de alguna actividad agradable. Así, terapeuta y paciente trabajarán juntos con objeto de ayudar al paciente a tomar una decisión relativa a un problema que está manteniendo la depresión, discutirán técnicas especiales que le ayuden a hacer frente a las dificultades que se le presenten, considerarán modos de aliviar la tensión o las demandas del ambiente. Este método (centrarse en problemas externos) también se emplea en los casos de depresiones profundas, una vez se han suavizado los síntomas del paciente. El terapeuta no debe olvidar que los problemas situacionales y la depresión pueden agravarse mutuamente. Esta

interacción recíproca puede modificarse al aliviar tanto las presiones externas como lo síntomas depresivos.

Contrarrestar los síntomas objetivo

En este enfoque, se intenta delimitar la configuración de los problemas cognitivos que contribuyen a mantener y agravar los síntomas depresivos anteriormente mencionados. El paradigma (así como la evidencia experimental que lo apoya) que explica cómo la resolución de los problemas conceptuales produce la mejoría de los síntomas ya se ha descrito en detalle en otro lugar. (Para profundizar en este método terapéutico, el terapeuta debe acudir a Beck, 1967; Beck y Greenberg, 1974; y Beck, 1976, Capítulos 5 y 11). Las técnicas se describen más detalladamente en capítulos posteriores de este libro; ahora, las esquematizaremos brevemente con fines ilustrativos.

Por decirlo en pocas palabras, este método de tratamiento se dirige a identificar y corregir las distorsiones, deficiencias o alteraciones cognitivas específicas responsables de los síntomas del paciente. Para ilustrar el método, podemos centrarnos en las relaciones entre los problemas cognitivos y los síntomas del siguiente modo: Si el paciente se siente triste, lo más probable es que existan problemas focales que le hagan interpretar distintas situaciones o estímulos internos como representación de una pérdida, de una privación, etc. y que, además, le hagan creer que su situación va a empeorar cada vez más.

Si el síntoma objetivo es la "tendencia al suicidio", buscaremos (a) un deseo de escapar de una vida "intolerable", (b) una exageración de los problemas reales, (c) una subestimación de sus propias capacidades y destrezas por parte del paciente, (d) una falta de consideración de las opciones potencialmente efectivas para resolver los problemas y (e) una intolerancia a la disforia o incapacidad para esperar hasta que el problema pueda resolverse.

Si la dificultad principal del paciente es que no puede concentrarse, que se olvida de las cosas, etc. se puede programar una sucesión progresiva de tareas cognitivas que le ayuden a incrementar el período de tiempo que pasa concentrado en algo relevante. Por lo general, esta dificultad para concentrarse y recordar se debe a la constante intromisión de cogniciones depresivas. Por lo tanto, la estrategia terapéutica consiste en aplicar técnicas para "sitiar" estas cogniciones, hacer prácticas de concentración y distracción, "tiempo-fuera", etc.

Si los síntomas principales son la pasividad y la lentitud, pueden aplicarse tareas conductuales como la Asignación de tareas Graduales. Cuando el síntoma objetivo es que el paciente no obtiene gratificación de actividades que antes le resultaban agradables, puede emplearse un programa de actividades potencialmente agradables. Esta estrategia sirve para hacer al paciente más "consciente cognitivamente" de las situaciones potencialmente satisfactorias y, al mismo tiempo, para hacerle más consciente de los sentimientos de agrado. Debido a su pensamiento de todo-o-nada, el paciente tiende a considerar globalmente desagradable cualquier actividad que elicite un grado de satisfacción menor del que solía experimentar. Podría pedírsele que evaluase el nivel de agrado en una escala de 0-5. Esta estrategia también incluye algunas técnicas especiales para hacer que el paciente recuerde situaciones agradables.

Cuando el problema principal radica en el deterioro funcional de la capacidad del paciente para realizar sus actividades normales, como las tareas de casa o de clase, o incluso llevar a cabo los hábitos de higiene más imprescindibles, también puede emplearse la Asignación de Tareas Graduales.

Enfasis en el procesamiento de la información inadecuada

En ciertos aspectos, los problemas cognitivos del paciente depresivo están interrelacionados con un procesamiento de la información inadecuada. Tiende a percibir el presente, el futuro y el mundo exterior (la tríada cognitiva) en un sentido negativo, mostrando, por lo tanto; una interpretación sesgada de sus experiencias, unas expectativas negativas sobre el éxito de cualquier actividad que emprenda, y una gran proporción de autocrítica. Así, el paciente se sumerge en su corriente de distorsiones cognitivas viendo todas sus experiencias con un sentido de pérdida; percibiéndose feo, enfermo, etc.; e interpretando los problemas externos como abrumadores e irresolubles.

Por consiguiente, el terapeuta puede centrarse en los errores de lógica que dan lugar a la matriz de pensamientos negativos del paciente. La "alteración del pensamiento" que muestran los depresivos incluye características como lo sobregeneralización, la abstracción selectiva, el olvido de la información positiva ("visión de túnel"), la inferencia arbitraria, etc. Asimismo, el paciente muestra una tendencia a pensar en términos extremos o absolutistas (pensamientos de blanco-o-negro) y a personalizar excesivamente los acontecimientos. Es más, manifiesta una fuerte inclinación a emitir continuos juicios de valor en términos moralistas ("inútil", "perezoso", "irresponsable", "odioso") relacionados consigo mismo. Más aún, se autocastiga por sus pretendidas deficiencias morales.

Feedback en la entrevista inicial

En el capítulo anterior, mencionamos la importancia de recibir feedback del paciente. Esto adquiere una importancia primordial en la primera entrevista. El feedback no sólo consistirá en la observación de las respuestas emocionales manifiestas del paciente durante la entrevista, sino también en las afirmaciones explícitas que éste haga sobre sus reacciones ante el terapeuta y el proceso terapéutico en sí.

El feedback recíproco es importante para determinar (a) si el terapeuta entiende el problema del paciente y (b) si el paciente comprende lo que el terapeuta le dice. El feedback puede obtenerse por diversos caminos. Los

diálogos típicos entre terapeuta y paciente podrían desarrollarse como se expone a continuación:

1. El terapeuta resume lo que el paciente ha expuesto o entresaca los problemas principales. Por ejemplo, en el primer tercio de la entrevista inicial, el terapeuta puede resumir el problema del paciente de un modo similar al siguiente:

> Bien, resumiendo los distintos problemas que parecen afectarle, encontramos tres áreas principales. En primer lugar, está disgustada por los problemas escolares de su hijo, se siente tan preocupada y tan culpable por su supuesta mala conducta que no ha sido capaz de definir el problema con claridad, con lo cual habría podido ayudarle. La segunda área está relacionada con su marido. Usted está preocupada porque llega tarde con más frecuencia que antes, lo que podría significar que ve a otra mujer. Teme abordar el asunto con él por miedo a que se lo confirme. También se preocupa porque piensa que, si le pide que vuelva antes, lo va a tomar como una queja estúpida ... ¿Voy bien hasta ahora? ... Muy bien ... El tercer problema es que está disgustada consigo misma por estar descuidando su aspecto personal. Ha engordado y no se siente capaz de controlar su peso. ¿Están aquí representados todos los problemas?

El paciente tiene oportunidad de modificar o añadir algo al resumen. Si éste es correcto, el paciente se sentirá satisfecho y contento de que le comprendan, al tiempo que se dará cuenta de que sus problemas, aparentemente sin solución, pueden reducirse a cuestiones sobre las que es posible trabajar. Por el contrario, si el resumen no se ajusta a la realidad, el terapeuta, con la ayuda del paciente, puede rectificar, con lo cual nunca se formará una idea equivocada sobre los problemas del paciente.

2. Para asegurarse de que el paciente "ha sintonizado" con el resumen, el terapauta puede pedirle que destaque los aspectos más importantes. A continuación, se expone un ejemplo de este tipo del mismo caso anterior. El terapeuta pregunta a la paciente cómo percibe su análisis de los problemas. La paciente responde:

> Veo que sólo me he fijado en los aspectos negativos de la conducta de Johnny y que me he obsesionado tanto con la idea de que es un mal chico que ni siquiera he intentado averiguar cuáles fueron los hechos. Lo que debería hacer es hablar con el profesor y luego con Johnny ... Creo que me sugiere usted que deje de quejarme y de culpar a mi marido por el hecho de llegar tarde. Cuando me encuentre con fuerzas, debo preguntarle si hay otra mujer. Mientras tanto, debo salir de mi depresión y cuidar un poco más mi aspecto, de modo que pueda estar en mejor situación cuando llegue el momento de hablar con mi marido.

Este resumen muestra no sólo que la paciente acepta el análisis que el terapeuta ha hecho de sus problemas, sino también que es capaz de elaborar soluciones constructivas a sus problemas.

3. El tercer tipo de feedback ya se ha mencionado anteriormente. El terapeuta intenta detectar las posibles reacciones encubiertas hacia la terapia por parte del paciente. Si observa algún signo de "pasividad", es conveniente que le pregunte al paciente qué está pensando.

En cualquier caso y como regla general, es recomendable que el terapeuta investigue las reacciones del paciente antes de dar por terminada la sesión con objeto de prevenir cualquier posible reacción demorada una vez finalizada la sesión. El terapeuta puede formularse preguntas del tipo de, "Hasta ahora, hemos cubierto una parte de la sesión. ¿Hay algo de lo que yo he dicho que le haya molestado? ¿Necesita más explicación sobre algún punto? ¿Cree que nos hemos olvidado de algo importante? "Muchas veces resultará que el paciente ha malinterpretado o no ha entendido algunos de los comentarios del terapeuta. Este tipo de fallos en la comunicación son inevitables y, por supuesto, se acentúan cuando se trata de una persona que está atravesando una época de crisis o de confusión y que además tiende a distorsionar los comportamientos y comentarios de los demás.

4. Igualmente, tras proponer una tarea para casa, el terapeuta puede decirle al paciente, "¿Qué piensa de esta tarea? ¿Cree que es algo que puede abordar o le parece excesivo? Quizá prefiera reflexionar sobre ello." Proporcionándole al paciente varias opciones, como en este caso, es más fácil obtener una respuesta sincera por su parte.

5. Por último, también es importante que, durante la primera parte de una sesión, el terapeuta le pida al paciente feedback sobre la sesión anterior; es decir, reacciones que haya experimentado entre una sesión y la siguiente. Esta puede ser una buena ocasión para conocer las posibles reacciones negativas del paciente ante las tareas que se le asignen para realizar en casa. Como hemos observado que los pacientes tienden a manifestar reacciones positivas ante las tareas que se les asignaron en la sesión anterior, no es tan necesario explorar las reacciones positivas como descubrir las negativas.

Resumen

1. El terapeuta dedicado al tratamiento de pacientes depresivos debe poseer amplios conocimientos de psicopatología y diagnóstico.

2. Las entrevistas deben estar planificadas para establecer:

   a. Una relación de trabajo terapéutica, donde se incluya un buen rapport.

   b. Un acuerdo en cuanto a los objetivos y métodos de tratamiento.

   c. Colaboración para definir y "resolver" los problemas.

   d. Diálogos adecuados que proporcionen feedback tanto al paciente como al terapeuta sobre la comprensión y entendimiento mutuos, los retrocesos de la terapia, el avance hacia la consecución de los objetivos, etc.

3. El terapeuta debe poner en práctica procedimientos técnicos para lograr una cierta mejoría en la primera sesión, así como en las siguientes. Debe establecerse un mecanismo que mantenga la mejoría y que pueda ponerse en práctica entre una y otra sesión (por ejemplo, la asignación de

tareas para casa, la grabación en cinta de una sesión para que el paciente pueda escucharla en casa, etc.)

4. La mejor manera de motivar al paciente para que trabaje sobre sus problemas es conseguir una reducción de los síntomas gracias al trabajo conjunto de terapeuta y paciente en problemas determinados. Por lo tanto, es preferible la "educación" o "reeducación" que las promesas.

5. Dentro de los límites de tiempo arbitrarios de cada sesión, el terapeuta debe trabajar para lograr los siguientes objetivos técnicos concomitantes:

a. Establecer el diagnóstico.

b. Evaluar el grado de patología.

c. Estimar los recursos de que dispone el paciente para la terapia y el sistema social en que se desenvuelve.

d. Obtener una base de datos sólida sobre la cual formular los problemas del paciente. Esto implica elaborar una jerarquía de hipótesis y someterlas a comprobación.

e. Improvisar y poner a prueba distintas estrategias de tratamiento, siempre teniendo en cuenta la fase en que se halle la terapia.

6. Emplear el tiempo de la mejor manera posible obligará, en ocasiones a interrumpir al paciente cuando comienza a divagar y a hacer que vuelva a centrarse en el problema.

CAPITULO 6
EL TRATAMIENTO SESION POR SESION: CURSO TIPICO DE LA TERAPIA

Visión general de las sesiones

Este capítulo ilustra el curso de tratamiento de una paciente que estaba recibiendo terapia cognitiva de la depresión. La "mecánica" práctica de la terapia cognitiva se obtuvo revisando las anotaciones del tratamiento del caso. Se seleccionó este caso porque refleja respuestas típicas a la terapia cognitiva, incluidos los "retrocesos" y los "obstáculos" terapéuticos. Dado que lo que intentamos es exponer los detalles más relevantes del tratamiento, sólamente presentaremos las interpretaciones que el terapeuta hizo de los datos más importantes.

En principio, el terapeuta se centró en desarrollar un concepto común; es decir, presentó el fundamento teórico de la terapia cognitiva y discutió la reacción de la paciente ante el modelo. Antes de la primera sesión, el terapeuta envió a la paciente el manual *Coping with Depression* (Cómo hacer frente a la Depresión), pidiéndole que lo leyese porque sería beneficioso para el tratamiento. La terapia se centró en los síntomas de la paciente, fijando inicialmente la atención en las dificultades conductuales y motivacionales. Una vez que la paciente hubo mostrado cambios significativos en ambas áreas, se comenzó a dar un mayor énfasis al patrón de pensamientos y a los contenidos de los mismos; es decir, al reconocimiento, recuerdo y puesta a prueba de determinadas cogniciones. En las últimas sesiones, terapeuta y paciente discutieron sobre los supuestos básicos de ésta, que se interpretaron como causantes de su predisposición a la depresión.

Historia del caso

Datos Personales

La paciente era una ama de casa de 36 años casada y madre de dos niños (de 14 y 9 años) y una niña (de 7 años). Llevaba casada 15 años; su marido era jefe de ventas de una compañía de repuestos para automóviles, tenía 37 años y la paciente le describió como una "persona cariñosa y segura de sí misma."

s(esto es, el trabajo tenía que ser perfecto para justificar el tiempo que pasaba fuera de casa, descuidando sus obligaciones).

Sus manifestaciones de malestar pusieron al descubierto las dudas de su marido, ante lo cual ella se decidió a discutirlas con él, en lugar de comportarse directamente como él pretendía. Lo que sucedió es que su marido tuvo que admitir su propia incertidumbre y aburrimiento cuando ella no estaba en casa. Acordaron que, mientras estuviese en casa solo, se dedicaría a actividades de su agrado; el marido quedó gratamente sorprendido ante esta nueva "libertad". La consecuencia de todo esto fue que la paciente reaccionó positivamente al cambio operado en el comportamiento de su marido y comenzó a disfrutar de su propio trabajo.

Seguimiento: 1 mes (IDB = 9); 2 meses (IDB = 5); 6 meses (IDB = 2)

Durante el periodo de seguimiento, la paciente continuó sin deprimirse y observó, contenta, que se encontraba más segura. Ella y su marido comenzaron un curso de educación infantil con el propósito de ser "unos padres más eficientes". Ella seguía teniendo que afrontar problemas, concretamente cuando las personas cercanas (su marido, sus hijos, sus padres) se ponían sentimentales o exigentes. Reconocía que los "pensamientos automáticos" podían surgir de nuevo, pero seguía convencida de que la mejor manera de contrarrestar estas ideas era hacer cuidadosa reevaluación de la situación.

A excepción del seguimiento a largo plazo, el tratamiento había finalizado.

CAPITULO 7

APLICACION DE LAS TECNICAS CONDUCTUALES

La modificación cognitiva a través de la modificación conductual

La *terapia* cognitiva de la depresión se basa en la *teoría* cognitiva de la depresión. Trabajando en el marco del modelo cognitivo, el terapeuta formula el método terapéutico de acuerdo con las necesidades específicas de un determinado paciente en un momento dado. Por lo tanto, el terapeuta puede estar realizando una terapia cognitiva, aunque aplique técnicas predominantemente conductuales o abreactivas (liberación o descarga de las emociones).

En las primeras fases de la terapia cognitiva y, en especial, con los pacientes más deprimidos, suele ser necesario que el terapeuta restablezca el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Concretamente, manteniendo ocupados la atención y el interés del paciente, lo que el terapeuta intenta es inducir a éste para que contrarreste su huida y se dedique a actividades más constructivas. El fundamento teórico de este método se basa en la observación clínica de que el paciente depresivo grave, y a veces también las personas que le rodean (las "personas significativas"), creen que ya no es capaz de realizar las funciones que se esperan de él como estudiante, trabajador, ama de casa, esposa, padre, etc. Es más, puede suceder que el paciente no tenga esperanzas de obtener gratificación alguna de aquellas actividades que antes le agradaban.

El paciente depresivo grave se ve atrapado en un círculo vicioso: su bajo nivel de actividad hace que se considere a sí mismo como un inútil. A su vez, esa etiqueta le produce desilusión y, en último extremo, le lleva a un estado de inmovilidad. Le resulta difícil realizar funciones intelectuales (razonamientos y planificación de actividades motoras —incluso caminar y hablar), así como actividades complejas que exijan entrenamiento y/o habilidades especializadas. Estas formas de conductas son, por lo general, instrumentos para conseguir satisfacción y mantener la propia autoestima y la estima de los demás. La interrupción de estas funciones como consecuencia de una escasa capacidad de concentración, de la fatigabilidad, etc. produce insatisfacción y reduce la autoestima.

El papel del terapeuta es claro. No es fácil "disuadir al paciente" de sus conclusiones de que es débil, inepto o necio. Es posible que lo único que vea es, simplemente, que ahora no hace cosas que antes le resultaban relativamente fáciles y tenían cierta importancia. Al ayudar al paciente a modificar ciertas conductas, el terapeuta puede *mostrarle* que sus conclusiones negativas y excesivamente generales son incorrectas. Una vez conseguidas algunas modificaciones en la conducta, el terapeuta puede mostrar al paciente que, de hecho, no ha perdido la capacidad de funcionar como en épocas anteriores, sino que su pesimismo dificulta la movilización de los recursos necesarios. De esta forma, el paciente llega a reconocer que el origen de su problema es un error cognitivo: *Piensa* (incorrectamente) que es un inepto, un inútil, que es débil ... y estas creencias influyen negativamente sobre su motivación y su conducta.

La expresión *técnicas conductuales* puede sugerir que la atención terapéutica se centra exclusivamente en la conducta observable del paciente; es decir, que el terapeuta prescribe actividades dirigidas a un objetivo. En realidad, las manifestaciones del paciente acerca de sus pensamientos, sentimientos y deseos son capitales para el éxito de las técnicas conductuales. El objetivo último de estas técnicas, en el ámbito de la terapia cognitiva, es lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente que produzcan una mejoría en su ejecución. Ciertamente, los métodos conductuales pueden considerarse como una serie de pequeños experimentos dirigidos a probar la validez de las hipótesis o ideas del paciente acerca de sí mismo. Cuando las ideas negativas se ven desechadas o refutadas por estos "experimentos", el paciente comienza a dudar de su validez y se siente motivado para emprender tareas que entrañen mayor dificultad.

Muchas de las técnicas que se describirán en este capítulo también forman parte del repertorio del terapeuta de conducta. El impacto de las técnicas terapéuticas derivadas de un modelo estrictamente conductual o de condicionamiento es limitado, ya que queda restringido a la conducta observable y excluye selectivamente la información referente a las actitudes, creencias y pensamientos del paciente— las cogniciones. Así pues, aunque el terapeuta de conducta estimule al paciente a ser más activo, el pesimismo, la visión negativa de sí mismo y la tendencia al suicidio permanecerán inalterables. Para el terapeuta de conducta, la modificación de la conducta es un fin en sí mismo; para el terapeuta cognitivo, es un medio para llegar a un fin —la modificación cognitiva.

Es importante hacer notar que las modificaciones cognitivas *no* siguen *necesariamente* a modificaciones conductuales. En contraposición con los resultados típicos de los estudios psicosociológicos de individuos normales, nosotros hemos encontrado que los pacientes depresivos no cambian fácilmente sus cogniciones negativas, aun a pesar de haber tenido lugar modificaciones conductuales. El siguiente ejemplo ilustra este punto.

Una depresiva de 36 años había dejado de participar en partidos de tenis, aunque anteriormente era una actividad con la que disfrutaba. En su lugar, su conducta diaria consistía en "dormir e intentar hacer las labores domésticas atrasadas". La paciente creía firmemente que era incapaz de realizar actividades tan "agotadoras" como el tenis. Su marido contrató a un profesor de tenis particular en un intento de ayudar a su mujer a superar la depresión. La paciente, reticente, acudió a la clase y, a los ojos de su marido, era "otra persona". La paciente golpeaba la pelota con energía y se encontraba ágil, pero, a pesar de su buena forma física, estaba convencida de que sus habilidades se habían "deteriorado" hasta tal punto que las clases no servirían de nada. Interpretó negativamente la reacción de su marido, pensando que indicaba lo mala jugadora que era ahora —ya que, *según ella*, "Piensa que estoy tan desesperada que la única ocasión en que consigo dar a la pelota es durante una clase". Evidentemente, rechazaba la razón obvia del entusiasmo de su marido, en favor de una explicación derivada de su autoimagen negativa. También manifestó que no había disfrutado de la sesión de tenis porque no "se merecía" un tiempo de esparcimiento.

Este resumen ilustra la necesidad de encajar las técnicas conductuales en un marco de tratamiento más amplio. Las cogniciones sesgadas en una dirección negativa no cambian necesariamente a raíz de una modificación de la conducta. Más bien lo que ocurre es que la modificación conductual permite la identificación de las cogniciones negativas. La modificación de conducta es importante en tanto en cuanto le proporciona al paciente una oportunidad de evaluar empíricamente sus ideas de inadecuación e incompetencia. El terapeuta debe basar el fundamento teórico de este procedimiento en el conocimiento del marco de referencia por parte del paciente. En el caso mencionado, aunque el esposo puso en marcha un plan de acción adecuado (las clases de tenis), su ignorancia al sistema de creencias de su mujer le impidió ayudarle a resolver su problema cognitivo. Es más, su esfuerzo resultó perjudicial, al malinterpretar ella los acontecimientos. A lo largo de este capítulo, describiremos las estrategias terapéuticas para identificar y tratar las cogniciones relacionadas con los objetivos conductuales y la modificación de la conducta.

Programación de actividades

Muchos pacientes depresivos manifiestan una abrumadora cantidad de cogniciones pesismistas cuando se encuentran física y socialmente inactivos. Se autocritican por ser como "vegetales" y evitar a otras personas. Paradójicamente, pueden justificar su huida y evitación sobre la base de que las actividades e interacciones sociales carecen de sentido, o bien de que ellos constituyen una carga para los demás. Así, se van hundiendo progresivamente en la pasividad y el aislamiento social. Más aún, no es extraño que el depresivo interprete su inactividad como evidencia de su inutilidad, cayendo así en un círculo vicioso.

La prescripción de actividades determinadas se basa en la observación clínica de que a los pacientes depresivos les resulta difícil realizar las tareas que anteriormente les costaba un esfuerzo relativamente pequeño. Tienden

a evitar las tareas complejas; en caso de que las aborden, es probable que tengan grandes dificultades para lograr el objetivo. La pauta típica es que el depresivo evite la actividad o se detenga y abandone al encontrar la más mínima dificultad. Parece que sus creencias y actitudes negativas están a la base de su tendencia a darse por vencidos. Los pacientes suelen decir, "Es inútil que lo intente", ya que están convencidos de que van a fracasar. Cuando abordan actividades dirigidas a un objetivo, tienden a maximizar las dificultades y a minimizar su capacidad para superarlas

El empleo de programas de actividades sirve para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Es probable que la técnica de planificar el tiempo del paciente hora tras hora lo mantenga ocupado e impida que regrese a su estado de inmovilidad. Además, el hecho de centrarse en tareas dirigidas a un objetivo proporciona al paciente y al terapeuta datos concretos en los que basar las evaluaciones realistas de la capacidad funcional del paciente.

Como ocurre en otras técnicas cognitivas, el terapeuta debe presentarle al paciente el fundamento teórico. Muchas veces, el paciente se da cuenta de que la inactividad va asociada con una intensificación de sus sentimientos negativos. En caso de que no sea así, el paciente suele aceptar la idea de que la inactividad incrementa los pensamientos negativos y la disforia. Al menos, el terapeuta puede pedirle al paciente que participe en un "experimento" diseñado para determinar si la actividad hace que disminuyan sus preocupaciones y mejore su humor. Terapeuta y paciente determinan actividades específicas, comprometiéndose el paciente a registrar sus pensamientos y sentimientos mientras esté realizando cada tarea. En los casos verdaderamente difíciles, el terapeuta, muy seriamente, puede preguntar al paciente, "¿Qué pierde con intentarlo?"

El terapeuta puede elegir entre proporcionar al paciente un programa de actividades y/o registrar las actividades que, de hecho, tienen lugar a lo largo del día. Debe incorporarse una jerarquía de "tareas graduales" al programa diario.

La planificación de actividades en colaboración con el paciente puede ser un paso importante para demostrarle que es capaz de controlar su tiempo. Los pacientes depresivos graves suelen experimentar una sensación de "estar actuando por pura inercia", junto a la sensación de que sus actividades no tienen un propósito claro. Programando las actividades diarias con el terapeuta, pueden lograr trazarse metas con sentido. Además, el registro que hace el paciente de las actividades que, de hecho, se realizaron (en comparación con las que estaban programadas para ese día) proporciona feedback objetivo referente a sus logros. Este registro proporciona, asimismo, un indicador de las autoevaluaciones de dominio y agrado al conseguir el objetivo (ver figuras 1 y 2).

Puede resultar difícil conseguir que el paciente se comprometa lo suficiente con la idea de llevar a cabo un programa de actividades. El terapeuta explica el fundamento teórico (por ejemplo, que las personas

PROGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES

Nota: Evalúe las actividades en dos dimensiones: anote D para Dominio y A para Agrado.

	L	Ma	Mi	J	V	S	D
9-10		Hacer la compra	Ir al museo	Arreglarme para salir			
10-11		Hacer la compra	Ir al museo	Dirigirme a la cita			
11-12	Cita con el doctor	Llamar a una amiga	Ir al museo	Cita con el doctor			
12-1	COMIDA	COMIDA	Comer en el museo				
1-2	Vuelta a casa	Hacer limpieza en el salón	Vuelta a casa				
2-3	Leer una novela	Hacer limpieza en el salón	Lavar la ropa				
3-4	Arreglar el dormitorio	Leer una novela	Lavar la ropa				
4-5	Ver la T.V.	Ver la T.V.	Ver la T.V.				
5-6	Preparar la cena	Preparar la cena	Preparar la cena				
6-7	Cenar con la familia	Cenar con la familia	Cenar con la familia				
7-8	Recoger la cocina	Recoger la cocina	Recoger la cocina				
8-12	Ver la T.V., Leer un rato, Ir a dormir	Llamar a mi hermana, Ver la T.V., Leer, ir a dormir	Trabajos manuales, Leer, Ir a dormir				

Figura 1. Programa de Actividades Asignadas al Paciente A.

PROGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES

Nota: Evalúe las actividades en dos dimensiones: anote D para Dominio y A para Agrado.

	L	Ma	Mi	J	V	S	D
9-10		Hice la compra D3 A0	Me quedé en la cama D0 A0	Me preparé para salir D2 A0			
10-11		Hice la compra D3 A0	Me quedé en la cama D0 A0	Fui a la ciudad			
11-12		Hice la compra D3 A0	Avisé al técnico del lavavajillas D0 A0	Cita con el doctor			
12-1	COMIDA D0 A1	COMIDA D0 A0	COMIDA D0 A1				
1-2	Volví a casa D0 A0	Llamé a una amiga D0 A3	Lavé la ropa D4				
2-3	Leí A3	Vi la T.V. D0 A1	Lavé la ropa D4 A0				
3-4	Limpié la habitación D5 A2	Vi la T.V. D0 A1	Lavé la ropa D4				
4-5	Limpié la habitación D5 A2	Vi la T.V. D0 A1	Vi la T.V. D0 A2				
5-6	Preparé la cena D4 A2	Preparé la cena D3 A0	Preparé la cena D2 A0				
6-7	Recogí la cocina D0 A1	T.V. D0 A0	T.V. D0 A1				
7-8	T.V. D0 A1	T.V. D0 A0	T.V. D A1				
8-12	T.V. D0 Me acosté A1	T.V. D0 A0 Recogí la cocina D3 A0 Me acosté	T.V. D0 Me acosté A1				

Figura 2 Actividades Realizadas por el Paciente A.

suelen funcionar mejor cuando tienen un programa que seguir), suscita las objeciones del paciente y le propone elaborar un programa en plan de experimento. Debe subrayar que el objetivo inmediato es el hecho de intentar cumplir el programa, más que ambicionar la mejoría de los síntomas: La mejoría en el funcionamiento general suele aparecer antes que la mejoría subjetiva de los síntomas.

Es importante que el terapeuta exponga al paciente los siguientes principios antes de aplicar un programa de actividades diarias:

1. "Nadie es capaz de llevar a cabo todo lo que planea; así pues, no se preocupe si no consigue realizar todo lo que se ha propuesto".

2. "Cuando esté haciendo el programa, determine el tipo de actividad que va a emprender, no *la proporción* de tarea que va a conseguir realizar. Lo que de hecho se lleva a cabo depende muchas veces de factores externos que usted no puede prever, como interrupciones, fallos mecánicos, etc., así como de factores internos como la fatiga, el grado de concentración y la motivación. Por ejemplo, dice que le gustaría que la casa estuviese más limpia. Bien, programe las labores domésticas a una hora determinada del día, pongamos de 10 a 11 de la mañana. El número de horas que necesita para limpiar toda la casa lo averiguará cuando haya cumplido el programa varios días".

3. "Aunque no tenga éxito, recuerde siempre que lo más importante es *intentar* llevar a cabo el programa. Esto proporcionará información muy útil para establecer el siguiente objetivo".

4. "Reserve unos momentos al final de la tarde para hacer el programa del día siguiente; anote la actividad propuesta para cada hora en el programa".

Estos principios son muy importantes, ya que sirven para contrarrestar las ideas negativas referentes a la programación de actividades.

La programación de actividades sirve para estructurar el día y ofrece información para evaluar las actividades diarias del paciente. A la hora de asignar las tareas, el terapeuta debe dejar muy claro que el propósito inicial del programa es *observar*, y no *juzgar*, lo que el paciente hace cada día.

La tabla siguiente se ha tomado del programa de actividades realizadas por un paciente de 40 años. Se le pidió que evaluase en una escala de 0 a 5 el grado de Dominio (D) y de Agrado (A) asociado con cada actividad.

		D	A
Lunes			
6-7 a.m.	Me desperté y me quedé en la cama	0	0
7-8 a.m.	Me lavé y me vestí	0	0
8-8:30 a.m.	Leí el periódico y desayuné	0	0
8:30-10 a.m.	Volví a la cama, pero no pude dormir	0	0
10-12 a.m.	Vi la T.V.	0	1

12-1 p.m.	Pagué las facturas	0	0
3 p.m.	Me reuní con mis amigos	0	3
3-4 p.m.	Vi la T.V.	0	0
4-5 p.m.	Lavé el coche	0	0
5-6 p.m.	Cené con la familia	0	1
6-7 p.m.	Ayudé a mi mujer a lavar los platos	0	0

El registro de las actividades diarias constituye la base para poner a prueba la idea recurrente del paciente de "No puedo hacer *nada*". Sin ninguna evidencia específica, el terapeuta no puede refutar de una manera realista y constructiva la creencia del paciente de que no es capaz de hacer nada.

Asimismo, el programa de actividades induce al paciente a darse cuenta de cuáles son las actividades que le proporcionan una mejoría, aunque sea leve, de los sentimientos depresivos. En el caso anterior, el terapeuta preguntó, "Cuando estaba en la cama sin dormir, ¿se sentía mejor o peor que cuando estuvo con sus amigos?" Sorprendido, el paciente se dio cuenta de que las interacciones sociales le aliviaban. Así, gracias al progama de actividades y a las posteriores preguntas del terapeuta, el paciente aprendió que la depresión fluctuaba en función de su conducta y de condiciones externas. Las ideas del tipo de, "Todo me da lo mismo" o "Me siento igual de mal todos los días" pueden cambiarse por una visión más racional, como "A veces hago cosas que me alivian". Incluso los pacientes depresivos graves parecen sentirse mejor cuando están realizando una actividad —quizás se deba a la distracción producida. Además, al evaluar el grado de satisfacción asociado con cada actividad, el paciente se "sensibiliza" hacia los sentimientos de satisfacción, aumentando así la probabilidad de que experimente y recuerde sensaciones agradables. Estas experiencias contrarrestarán su creencia de que es incapaz de experimentar satisfacción o agrado. (Para una exposición más detallada, véase el apartado de técnicas de Dominio y Agrado.).

Si el paciente es incapaz de decidir qué actividades programar, el terapeuta le sugiere varias opciones para que el paciente elija (por ejemplo, hacer las labores domésticas, hacer la compra, pagar facturas pendientes, etc). Una vez seleccionada la tarea, se le asigna una hora y se registran las actividades en cuestión en el Programa de actividades en las horas correspondientes (por ejemplo, Lunes y Miércoles, limpiar la casa de 10 a 11 de la mañana; Martes, hacer la compra de 10 a 11 de la mañana). Los detalles prácticos de cómo efectuar los planes se discuten paso por paso; en este sentido, la técnica de la Práctica Cognitiva, que se expone más adelante en este mismo capítulo, puede facilitar las cosas. Debe animarse al paciente a que observe y registre cualquier idea negativa que tenga lugar durante la realización del programa. Estas ideas deben recibir el mismo tratamiento que cualquier otra cognición inadecuada.

La aplicación flexible del principio de programación de las actividades queda ilustrado en el siguiente ejemplo.

Un depresivo de 42 años, sin empleo, se quejaba de inercia, definida por él como "incapacidad de hacer nada". Durante la sesión, el paciente manifestó una especial dificultad para decidir por qué tarea empezar, ya que, como él informó, le agobiaban las tareas de la casa. El terapeuta decidió emplear un programa de actividades, elaborando junto con el paciente un día "racional", para lo cual se valieron de la técnica de "tareas graduales", además de la planificación de cada hora. El terapeuta subrayó la importancia de que el paciente planificase el día de modo que dispusiese de una pauta de acción concreta. Pero, por otro lado, esta pauta se expuso de manera que el paciente no tomase el programa como una "obligación" a cumplir. Como sucede con todas las tareas conductuales, el terapeuta investiga las reacciones del paciente ante el programa propuesto. En este caso, se tranquilizó al paciente diciéndole que no se pretendía de él que siguiese el programa *al pie de la letra*, sino que *intentase* realizar cada tarea.

Entre los puntos de la agenda se encontraban: levantarse, lavarse, etc., preparar el desayuno, leer la sección de ofertas de trabajo en el periódico, comenzar a segar el césped (se trataba de iniciar el trabajo, no de finalizarlo). preparar el curriculum para un puesto de trabajo y ver la T.V. El paciente manifestó que el programa le había resultado muy útil porque le ayudó a dividir el día en unidades discretas. Continuó programando sus actividades a lo largo de la terapia y estableció un sistema según el cual planificaba cada día durante la tarde del día anterior, ya que las mañanas era el momento en que le costaba más trabajo tomar decisiones.

El siguiente ejemplo muestra como elicitó el terapeuta una sensación de desesperanza general en torno a una tarea determinada: hacer la compra. Cada uno de los problemas relacionados con esta tarea se especificaron con claridad, se evaluaron y fueron respondidos. Finalmente, terapeuta y paciente elaboraron un programa para ir cumpliendo paso a paso los distintos aspectos del objetivo, reconociendo que no podría conseguir el objetivo en un solo ensayo.

La paciente, una depresiva de 48 años, madre de cinco hijos, manifestó, "Me resulta imposible hacer la compra. No sé qué poner de comida". Entre sus razones se contaban las siguientes: (1) "Mis cinco hijos siguen dietas alimenticias y no puedo recordarlas todas", (2) "Nunca sé cuándo va a volver a casa mi marido, por eso no sé qué comprar", (3) "Cuando llego al mercado, me he olvidado de lo que tenía que comprar".

TERAPEUTA: ¿Cree que si sólamente hiciese la compra de la comida del día siguiente, eso le ayudaría?

PACIENTE: Sí, pero yo estoy acostumbrada a hacer la compra para todo el mes.

T: Comprendo que hacer la compra todos los días es mucho más costoso. Pero, dada su dificultad, quizás le resulte más fácil, por el momento hacer la compra de un día para otro.

P: Eso es cierto.

T: Programemos una hora al día para comprar. ¿Qué hora le parece la más adecuada?

P: Entre las once y las doce.

T: Muy bien. anotemos "Hacer la compra" en el bloque de 11-12 y tengamos en cuenta sus tres problemas: (1) olvido, (2) varios menús distintos y (3) número imprevisible de personas a comer. En primer lugar, ¿cómo resolvería usted el problema del olvido?

P: Confeccionaré un lista.

T: Así pues, una de las cosas que debe hacer todos los días en el bloque de 11-12 es una lista de los alimentos que va a comprar.

P: Bien.

T: A continuación, ¿tienen las distintas dietas algún alimento en común?

P: Sí, las hamburguesas, tartas, quesos y ensaladas. Pero estoy harta de preparar y comer esas cosas.

T: Cambiar las dietas es una cosa; hacer la compra, otra distinta. Por ahora, centrémonos en ésta última. Volveremos sobre otros problemas cuando sea el momento. (*Nota:* El terapeuta no comentó por el momento el posible supuesto de la paciente de que debía agradar a todos para ser una buena madre. A medida que se fue encontrando menos deprimida, se discutió esta idea.)

P: Bien, puedo preparar hamburguesas y ensalada todos los días.

T: Entonces, si compra lo mismo para todas las comidas, ya no supone un problema cuántas personas se presenten a la hora de comer o de cenar. Usted compra comida pensando en que vengan todos; si no es así, guarda para el día siguiente lo que le haya sobrado.

P: (sonriendo): Eso es verdad.

T: ¿Tiene suficientes ideas para programar y hacer la compra durante una hora al día? No olvide registrar exactamente las actividades que llevó a cabo durante esa hora, así como cualquier pensamiento negativo que experimentase.

Técnicas de dominio y agrado

Algunos paciente depresivos realizan ciertas actividades, pero obtienen un escaso nivel de satisfacción o agrado. Este hecho suele ser consecuencia de (a) un intento de abordar actividades que no les aportaban satisfacción ni siquiera antes del episodio depresivo, (b) el predominio de las cogniciones negativas, que anula toda posible sensación de agrado, o (c) la falta de atención hacia las sensaciones de agrado.

En el primer caso, los pacientes abordan actividades generalmente poco interesantes, como, por ejemplo, las labores domésticas; esto hace que no encuentren gratificación en la realización de la tarea. El paciente puede estar

evitando la participación en actividades agradables, o bien es posible que no recuerde las actividades que antes le resultaban agradables. El primer objetivo que se fija el terapeuta es investigar las razones del paciente para no realizar actividades agradables. Una razón frecuente en los depresivos es, "No merezco pasarlo bien porque no he realizado ningún logro/progreso". Para contrarrestar los pensamientos de este tipo, el terapeuta puede hacer hincapié en la realización de actividades agradables, es decir, en la mejoría del estado de ánimo del paciente, aunque sea una mejoría temporal.

Se puede confeccionar una lista de actividades potencialmente agradables utilizando el *Reinforcement Survey Schedule* (Cuestionario de Refuerzos) (Cautela y Kastenbaum, 1967) o el *Pleasent Events Schedule* (Cuestionario de Eventos Agradables) (MacPhillamy y Lewinsohn, 1971). El terapeuta puede asignar la tarea de llevar a cabo todos los días una determinada actividad agradable durante un periodo de tiempo controlado y pedirle al paciente que anote todos los cambios de humor o de estado de ánimo, así como la posible reducción de los sentimientos depresivos asociada con la actividad en cuestión. Cuando el paciente realiza varias actividades es conveniente que anote el grado de Dominio (D) y de Agrado (A) asociado con cada una de ellas (véase el apartado de Programación de Actividades). El término Dominio se refiere al sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada. El Dominio y el Agrado pueden evaluarse en una escala de 5 puntos, donde 0 representaría la ausencia de dominio/agrado y 5, el máximo de dominio/agrado. Al emplear una escala de evaluación, se induce al paciente a identificar *éxitos parciales* y *niveles bajos* de agrado. Esta técnica, pues, sirve para contrarrestrar el pensamiento absolutista de todo-o-nada.

Suele ser recomendable explicar al paciente los conceptos de Dominio y Agrado. El "Dominio" puede no relacionarse directamente con el término ni con la magnitud de la tarea. Los pacientes tienen tendencia a comparar la perfección conseguida en la realización de la tarea con su nivel de logro previo a la depresión. Así, pueden decir, "¿Qué tiene de extraordinario llamar por teléfono a un amigo? Antes, yo era capaz de hacer docenas de llamadas sin siquiera pararme a pensar en ello". O, "¿Qué tiene de maravilloso que haga las labores domésticas? *Debería* ser capaz de hacerlo. Es lo que se espera de mí, ¿no? " El terapeuta deberá explicar al paciente que la evaluación de la ejecución actual (el grado de dominio) debe basarse, lógicamente, en la dificultad que entraña la tarea en el estado *actual* del paciente, no en su estado ideal: Debido a la depresión, "lleva usted un gran peso a sus espaldas" o "arrastra un pesado lastre"; en estas circunstancias, incluso los logros pequeños deben considerarse como muy importantes.

El Agrado se refiere a los sentimientos de placer, diversión o alegría derivados de una actividad. En ocasiones, incluso la más mínima satisfacción que el paciente atribuya a sus acciones puede ayudar a restablecer su optimismo.

Dominio y Agrado pueden ser totalmente independietes, El paciente debe interpretar el Dominio como un paso hacia delante, aunque no haya

experimentado Agrado. Si el paciente no registra su evaluación en estas dimensiones después de haber finalizado con éxito una tarea, es probable que se deba a una interpretación negativa de la actividad en cuestión. Por ejemplo, un paciente manifestó que anteriormente le resultaba muy agradable leer el periódico, mientras que, desde que estaba deprimido, no le agradaba en absoluto. Ante las preguntas referentes al porqué esta actividad ya no le resultaba agradable, se encontraron respuestas como, "Pienso en cómo perdí mi trabajo" y "Parece que el mundo se hunde, aparte de lo que digan los periódicos". Paralelamente, este paciente tampoco experimentaba sensación de dominio para lavar el coche. Decía, "no tuve fuerzas para limpiar también la tapicería". Al centrarse en lo que no había logrado, olvidaba lo que *sí* había conseguido. El terapeuta le indicó que este pensamiento de todo-o-nada le impedía toda perspectiva de su capacidad y logros reales.

La programación de actividades y la evaluación de cada una de ellas en las dimensiones de dominio y agrado proporciona datos para identificar y corregir las distorsiones cognitivas. Ademas, las actividades que ya no sean agradables pueden aislarse y tras experimentaciones adicionales, ser sustituidas por otras. El siguiente ejemplo clínico muestra comó se emplea la programación de actividades para identificar y corregir los pensamientos negativos. A veces la asignación de tareas elicita patrones absolutistas o perfeccionistas. Por ello, deben diseñarse asignaciones que eliciten y "trabajen sobre" estos problemas de pensamiento.

Aunque con una depresión bastante profunda, una ejecutivo de 38 años devolvió su Programa de Actividades habiendo evaluado en una escala de 0 a 5 el Dominio y el Agrado:

Sábado		D	A
8-9 a.m.	Me levanté, me vestí y desayuné	1	1
9-12 a.m.	Empapelé la cocina	0	0
12-1 p.m.	Comí	0	0
1-3 p.m.	Ví la T.V.	0	0

El informe indica que, aunque el desayuno le proporcionó un cierto agrado y el hecho de levantarse fue considerado como un logro, el resto del día no dio lugar a ninguna sensación de dominio ni de agrado. Sin embargo, el paciente empapeló la cocina. ¿Por qué pasó por alto este logro?

TERAPEUTA: ¿Por qué no evaluó como una experiencia de dominio el empapelado de la cocina?

PACIENTE: Porque las flores no quedaron en línea.
T: Pero, ¿finalizó, de hecho, el trabajo?
P: Sí.
T: ¿Se trata de su cocina?
P: No, estaba ayudando a un vecino.
T: ¿Hizo él la mayor parte del trabajo? (Observese que el terapeuta está investigando otras posibles razones del sentimimento de fracaso, razones que el paciente no manifiesta espontáneamente.)

P: No, en realidad casi todo lo hice yo. El no había empapelado nunca.
T: ¿Ocurrió alguna otra cosa negativa? ¿Derramó usted la cola? ¿Desperdició mucho papel? ¿Lo dejó todo sucio y revuelto?
P: No, no, el único problema fue que las flores no casaban.
T: Entonces, como no lo hizo a la perfección no le concede ningún valor.
P: Bueno...sí.

Observese que en este razonamiento está implícita la creencia irracional "Si no lo hago todo a la pefección, significa que soy un inútil, un fracasado". No obstante, la corrección de este supuesto se dejará para una fase posterior de la terapia, cuando el paciente esté menos deprimido. Por ahora, el objetivo es la corrección de la distorsión cognitiva.

T: Más o menos, ¿cuál era la separación entre líneas de flores?
P: (señala con los dedos una distancia de aproximadamente 1/8 de pulgada): Aproximadamente ésta.
T: ¿En todas las tiras?
P: No... en dos o tres.
T: ¿Cuántas había en total?
P: Unas 20 o 25.
T: ¿Lo notó alguien más?
P: No. De hecho, mi vecino dijo que estaba estupendo.
T: ¿Lo vió su mujer?
P: Sí, me elogió por el trabajo.
T: ¿Podía distinguirse el defecto observando a cierta distancia todo el conjunto?
P: Bueno ... realmente no.
T: Entonces lo que ocurre es que usted atiende selectivamente a un fallo, real pero muy pequeño, en el esfuerzo realizado al empapelar. ¿Es lógico que un fallo tan pequeño anule todo el valor que merece el trabajo?
P: Bueno, no está tan bien hecho como debería.
T: Si fuese su vecino quien hubiese hecho el trabajo en su cocina, ¿qué le habría dicho usted?
P: ...¡Un trabajo estupendo!

Vemos que, en primer lugar, el terapeuta revisó las actividades registradas por el paciente y trató de identificar posibles discrepancias entre el logro conseguido (la actividad) y los sentimientos experimentados (de dominio y agrado). A continuación, mediante preguntas cuidadosamente formuladas, investigó las razones de la discrepancia. Recogió datos relevantes para la cognición, "Las flores no casaban". Se examinaron objetivamente los datos (1) situando la devaluación del paciente en la perspectiva de otros datos (el

paciente hizo la mayor parte del trabajo, los demás no se dieron cuenta del fallo, etc.) y (2) pidiéndole al paciente que evaluase los datos desde un punto de vista objetivo ("¿Qué habría dicho usted si otra persona hubiese empapelado su cocina igual que usted lo hizo?"). De esta manera, el paciente comenzó a darse cuenta de su atención selectiva para fallos muy pequeños y a reevaluar la situación.

Asignación de tareas graduales

Después de realizar con éxito una serie de tareas, los pacientes depresivos suelen experimentar una cierta mejoría (aunque sea transitoria) de su estado de ánimo. Se sienten motivados para emprender tareas más difíciles, siempre que el terapeuta esté atento para detectar y refutar la inclinación del paciente a menospreciar sus logros.

Golfried (comunicación personal, 1974), quien llegó a esta técnica por otros caminos, proporciona un ejemplo de la Asignación de Tareas Graduales.- Es interesante observar que su método y el fundamento teórico del mismo son similares a los de nuestro grupo. Respecto al tratamiento de una paciente depresiva externa, el Dr. Goldfried informa:

> Trabajando en el supuesto de que la depresión podría interpretarse como una incapacidad percibida de la paciente para ejercer control sobre el ambiente, le asigné varias tareas concretas, como hacer las camas, vestirse por la mañana y arreglar la casa, para demostrarle que podía controlar el entorno. A medida que le iba resultando más fácil realizar estas tareas sencillas, le asignaba tareas progresivamente más complejas. Como elemento significativo del tratamiento, le hacía volver atrás continuamente para que evaluase su ejecución y para que observase los cambios que habían tenido lugar en su vida como resultado de su propio esfuerzo.

Las características principales de la Asignación de Tareas Graduales son las siguientes:

1. Definición del problema —por ejemplo, la creencia del paciente de que es incapaz de conseguir los objetivos que son importantes para él.

2. Formulación de un proyecto. Asignación de una serie de tareas (o actividades) ordenadas de más simples a más complejas.

3. Observación inmediata y directa por parte del paciente de su éxito al conseguir un determinado objetivo (llevar a cabo una tarea que se le había asignado). El feedback continuo proporciona al paciente nueva información sobre sus capacidades funcionales.

4. Eliminación de las dudas del paciente, de sus reacciones cínicas y de la minimización de sus logros.

5. Estimular al paciente para que evalúe de forma realista.

6. Enfasis en el hecho de que el paciente alcanza el objetivo gracias a su propio esfuerzo y a sus capacidades.

7. Asignar tareas nuevas y más complejas en colaboración con el paciente.

El empleo de la asignación de tareas graduales queda ilustrado en el siguiente caso.

El terapeuta visitó a una paciente de 40 años en su primer día de hospitalización. En lugar de participar en las actividades de la sala, permanecía tumbada en la cama pensando en sus problemas y "sintiéndose muy desgraciada". Pensaba que nada podría proporcionarle satisfacción.

El terapeuta averiguó que en el pasado le gustaba mucho leer. Sin embargo la paciente manifestó, "No he sido capaz de leer una sola línea de los periódicos desde hace un par de meses". A pesar de que dudaba de su capacidad de concentración, estaba decidida a hacer un esfuerzo y leer varias líneas. El terapeuta seleccionó la historia más corta de un libro de la biblioteca y la animó a leerla mientras estaba con ella. La paciente respondió, "Sé que no voy a ser capaz de leerlo". Y el terapeuta le dijo, "Bueno, trate de leer *en voz alta* el primer párrafo". Ante lo cual, la paciente replicó, "Es posible que pueda pronunciar las palabras, pero no conseguiré concentrarme". El terapeuta sugirió, "Pruebe a ver si puede leer la primera frase".

Leyó la primera frase en voz alta y continuó hasta terminar el párrafo. El terapeuta le pidió que siguiese leyendo un poco más, pero en voz baja. Poco a poco, se fué interesando y espontáneamente pasó la página. El terapeuta le pidió que siguiese y le dijo que regresaría más tarde. Aproximadamente una hora después, recibió una llamada del psiquiatra, que le dijo, "Acabo de ver a la paciente que, *según usted*, está deprimida". En su siguiente visita a la sala, el tarapeuta observó que la depresión se había agravado ligeramente. Animó a la paciente a seguir un régimen de lectura de historias progresivamente más largas; al final de la semana, estaba leyendo una novela. A los diez días de haber ingresado y gracias al tratamiento continuo, pudo regresar a casa.

Como se observa en este caso, el terapeuta debe investigar las reacciones que produce en el paciente emprender un proyecto sencillo. En la mayoría de las ocasiones, las ideas del paciente giran en torno a la creencia de que no es capaz de hacer nada o de que no es capaz de realizar la tarea propuesta. Es conveniente que el terapeuta divida las tareas complejas en pasos o partes más pequeñas y, una vez hecho esto, comience por el paso más sencillo, una tarea que el paciente pueda realizar. Si el paciente ha realizado con éxito una serie de tareas durante la sesión, el terapeuta sugiere "la asignación de tareas para casa". Estas tareas también serán agradables, por ejemplo, desde hervir un huevo al objetivo final de preparar un menú completo.

El terapeuta deberá tener cuidado de fijar unos objetivos modestos para evitar que el paciente se desanime y se dé por vencido a causa del pensamiento automático, "No soy capaz de hacerlo". Después de cada logro, el terapeuta lo comenta con el paciente para darle la oportunidad de asimilar el éxito. Tras una experiencia satisfactoria, el paciente suele sentirse más motivado de cara al paso siguiente, pero aún habrá de luchar contra la resistencia que le

producen sus dudas. Los éxitos repetidos acaban por minar la creencia del paciente de "No soy capaz de hacerlo". A medida que el paciente va dominando un problema tras otro, las actitudes como "No soy capaz de hacer nada" o "Todo carece de sentido" irán desapareciendo gradualmente.

Es probable que una Asignación de Tareas Graduales mal diseñada termine en un fracaso. También es probable que el paciente maximice este fracaso y lo emplee para confirmar su actitud de "No soy capaz de hacer nada". Por esta razón, puede practicarse un ejercicio de tareas graduales durante la sesión terapéutica y, a continuación, asignar las tareas para casa. El terapeuta debe formular la asignación de tareas de tal modo que quede eliminada la posibilidad de un fracaso. Por ejemplo, si el terapeuta sospecha que el paciente puede fracasar en una determinada tarea, la dividirá en pasos más pequeños y sencillos. Al principio, el terapeuta debe sugerir que lo que intentan determinar es *cuánto* puede hacer el paciente; "Incluso aunque no consiga gran cosa, obtendremos información muy importante". En este sentido, incluso un "fracaso" puede interpretarse de un modo positivo; a saber, como fuente de datos a la hora de planificar otras actividades.

Una importante fuente de error en la aplicación de la Asignación de Tareas Graduales es que el terapeuta no comente con la suficiente profundidad con el paciente las evaluaciones de éste; es decir, lo que *piensa* sobre la calidad de su ejecución en la tarea que tenía asignada. Aunque los pacientes depresivos tienden a hacer las cosas mejor de lo que esperan, también tienden a minusvalorar el logro una vez finalizada la tarea. El paciente puede pensar, por ejemplo, "Antes de la depresión, lo habría hecho en la mitad de tiempo", "Bien, he hecho esto, pero sigo estando deprimido".

Es crucial que el paciente exprese estas asociaciones y minusvaloraciones y que el terapeuta le ofrezca respuestas racionales. Por ejemplo, a la primera objeción se podría responder de la siguiente manera, "La cuestión que nos interesaba era saber si usted podía hacerlo. Usted predijo que no, pero *de hecho lo hizo*. Al decir que no lo hizo a la perfección, está perdiendo de vista el propósito inicial del proyecto. Eso es cuestión aparte". A la segunda objeción, el terapeuta podría responder con la siguiente explicación, "Este proyecto no se diseñó para eliminar la depresión, sino para comprobar si la predicción que usted hizo acerca de su incapacidad era correcta. ¿Cree usted que su predicción era correcta? ... No esperamos que la depresión desaparezca hasta haber completado una serie de fases. No obstante, su estado de ánimo general puede mejorar si usted ve que es capaz de llevar a cabo una tarea determinda y si evalúa sus éxitos correctamente".

Práctica cognitiva

Una de las dificultades en el tratamiento de pacientes depresivos es el hecho de que, una vez deprimidos, tienen problemas para realizar incluso tareas bien consolidadas. Varios factores psicológicos pueden inferir con su repertorio de conductas habitual. La dificultad para concentrarse puede impedir la formulación y/o la ejecución de conductas automáticas o habituales. El ama de casa puede dar vueltas por la cocina para tomar un vaso de agua y, al final, olvidarse de lo que quería. Su problema no es amnesia, sino pensamientos obsesivos; simplemente, no puede concentrarse en el propósito que la había llevado a la cocina. Una experiencia desagradable como ésta puede intensificar su creencia de que algo va mal en su cerebro.

La "práctica cognitiva" es una técnica que consiste en pedirle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Este procedimiento obliga al paciente a prestar atención a los detalles esenciales de las actividades que lleva a cabo, a la vez contrarresta su tendencia a divagar. Además, al practicar la secuencia de pasos de una actividad, el paciente dispondrá de un sistema preprogramado para realizarla.

Otro objetivo de la práctica cognitiva consiste en identificar posibles "obstáculos" (cognitivos, conductuales, o ambientales) que pudieran impedir la realización de la tarea. El plan principal del terapeuta será identificar y desarrollar soluciones para tales problemas antes de que den lugar a una experiencia de fracaso no deseada. Es interesante observar que algunos pacientes dicen sentirse mejor como consecuencia de la mera ejecución imaginaria de la tarea asignada.

En el ejemplo siguiente, se ilustra la identificación de algunos obstáculos psicológicos mediante práctica cognitiva.

La paciente era una mujer de 24 años, sin empleo. Tras una breve discusión accedió a intentar volver a asistir a sus clases, a las que había dejado de acudir hacía tiempo.

TEAPEUTA: Entonces, estás de acuerdo en que sería una buena idea asistir a clase.

PACIENTE: Sí, siempre me siento bien después de hacerlo.

T: Muy bien. Quiero que te imagines cada uno de los pasos implícitos en la actividad de ir a clase.

P: Bien, sólo tengo que tomar el camino de siempre.

T: Me parece que debemos ser más específicos. Sabemos que otras veces has decidido volver a clase, pero siempre ha surgido algún contratiempo. Vamos paso por paso para intentar averiguar qué cosas pueden interferir con la actividad de ir a clase. Quiero que vayas imaginando todos los pasos necesarios, uno por uno, y que me digas cuáles son.

P: Bien, ya sé lo que quiere decir.

T: Las clases comienzan a las 9 de la mañana. ¿A qué hora debemos empezar?

P: Alrededor de las 7:30. Me levantaré al sonar el despertador; probablemente me sentiré fatal. Siempre me disgusta comenzar el día así.

T: ¿Cómo puedes resolver este problema?

P: Bueno, es por eso por lo que me levanto con tiempo de sobra. Empezaré por vestirme y desayunar. Bien, elijo la ropa ... (pausa) ... Oh, oh, espere, no tengo pantalones que ponerme. Aquí hay un obstáculo.

T: ¿Qué puedes hacer para solucionarlo?

P: Mmm, puedo salir y comprarme unos.

T: ¿Visualizas esa escena? ¿Qué pasa a continuación?

P: Me veo a mí misma lista para salir, pero el coche no está.

T: ¿Cómo puedes solucionarlo?

P: Le pediré a mi marido que lo traiga enseguida.

T: ¿Qué ocurre ahora?

P: Voy en coche hacia clase, pero decido darme la vuelta.

T: ¿Por qué?

P: Porque creo que parezco ridícula.

T: ¿Cuál es la respuesta a eso?

P: Eh, que la gente está interesada en la clase y no le importa el aspecto de los demás.

(Proveyéndose de las técnicas necesarias para afrontar cada uno de los "obstáculos", la paciente logró volver a clase —imaginariamente. A continuación, se le pidió que volviese a imaginar los distintos pasos sin la interferencia de cogniciones negativas. De hecho, fue capaz de ir a clase sin experimentar ninguna dificultad. En caso de surgir problemas, había recibido la instrucción de anotarlos, intentar superarlos y, en cualquier caso, comentarlos en la siguiente sesión.)

Entrenamiento en asertividad y role-playing

Los procedimientos que consituyen la base del entrenamiento en asertividad están bien documentados. En general, el entrenamiento se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc. Sobre la eficacia del tratamiento y la contribución relativa de sus componentes han informado McFall y Twentyman, 1973.

El role-playing ("juego de roles") implica sencillamente la adopción de un papel por parte del terapeuta, del paciente, o de ambos y la subiguiente interacción social basada en el papel asignado. El entrenamiento en asertividad y el role-playing pueden emplearse con éxito en el tratamiento de los pacientes depresivos. Como ocurre con otras técnicas eminentemente conductuales, el terapeuta tratará de clarificar las cogniciones contraproducentes. El role-playing también puede emplearse para mostrarle al paciente un punto de vista alternativo o para elucidar los factores que intefieren con la expresión adecuada de las emociones. (Para una lista de este tipo de factores cognitivos, véase Wolfe y Fodor, 1975.)

Una paciente de 20 años relató una "experiencia humillante": se había puesto muy nerviosa mientras compraba varias prendas de vestir en unos grandes almacenes. Estaba preocupada por si no había hecho una buena compra y por si había pagado dinero de menos. Cuando la empleada le dijo que faltaba dinero, la paciente concluyó, "Debe pensar que estoy loca. Soy tan torpe e inútil". El terapeuta pidió a la paciente que asumiera el rol de la empleada y extrajera algunas conclusiones.

PACIENTE (en el papel de la empleada): Bien, veo a una chica nerviosa y alterada por haberme dado mal el dinero. Intentaría tranquilizarla diciendo, "Todo el mundo puede equivocarse".

TERAPEUTA: ¿Te parece posible que la empleada llegase a una conclusión parecida, a excepción de que no te dijo nada para tranquilizarte?

P: Si hubiera intentado tranquilizarme, me habría extrañado: No, no pudo ser tan comprensiva ... Quizá haya respondido lo que yo habría dicho en su lugar.

T: ¿Qué evidencia tienes de que la empleada no comprendió tu error? ¿Hizo algún comentario? ¿Parecía molesta?

P: No, realmente estaba muy tranquila. Incluso sonrió, pero eso me hizo sentir aún peor, como si realmente estuviese loca.

T: Bien, sin demasiados datos es difícil elaborar conclusiones definitivas sobre sus reacciones. Centrémonos, pues, en tu tendencia a pensar que estás loca cuando cometes un error. A continuación, practicaremos tu posible respuesta en el caso de que la empleada hubiese actuado negativamente.

El role-playing puede utilizarse de forma paralela para elicitar una respuesta de "autocomprensión" por parte del paciente. El terapeuta puede asumir el papel del paciente para intentar cambiar las cogniciones de autocrítica de éste por otras más comprensivas. Es frecuente que los pacientes depresivos sean más críticos y exigentes consigo mismos que con los demás en las misma situación.

Uno de los aspectos esenciales de la terapia cognitiva es la evaluación de las cogniciones que pueden interferir con la ejecución conductual. Algunos depresivos se comportan de forma no asertiva a causa de sus creencias negativas, más que como resultado de unas habilidades conductuales deficientes.

Un depresivo de 29 años había vuelto a la universidad tras un periodo de 10 años, durante el cual había trabajado en una fábrica. Llegó a una de las sesiones especialmente alterado a causa de la conducta de su compañero —de 20 años— en el laboratorio de Química. Este muchacho solía dejar sucio y desordenado el material que ambos compartían, viéndose el paciente obligado a limpiarlo. En varias ocasiones, había intentado abordar la cuestión con

su compañero, pero siempre acababa desistiendo. El terapeuta investigó las cogniciones relacionadas con estos intentos de autoaserción.

PACIENTE: Aunque sé lo que tengo que decir y cuándo decirlo, siempre pienso, "Pensará que soy excesivamente meticuloso".

TERAPEUTA: ¿Y qué significaría para él que tú fueras "excesivamente meticuloso"?

P: Pensaría que soy una persona rígida, conservadora.

T: ¿Eres una "persona rígida y conservadora"?

P: No. ¿Sabe una cosa? Me preocupa que se rebele y, por lo tanto, yo pueda ser causa de problemas.

A partir de aquí, se hizo evidente que el paciente no se comportaba de forma asertiva debido a su deseo de no "causar problemas", especialmente dado que era "considerablemente más viejo". Su falta de asertividad le ocasionó una mayor preocupación en torno a su decisión de volver a la universidad. Una vez que terapeuta y paciente estuvieron en condiciones de hacer una lista de "los pros y los contras" de mostrar una conducta asertiva en el caso mencionado, el paciente decidió hablar con su compañero, no encontrando dificultades para lograr su objetivo.

Este ejemplo ilustra la gran importancia de las cogniciones negativas de un individuo en tanto en cuanto interfieren en su conducta asertiva.

Técnicas conductuales: fundamento teórico y tiempo

Es sumamente importante que el paciente entienda el fundamento teórico de las distintas técnicas conductuales. El tratamiento de los pacientes depresivos constituye todo un reto para el terapeuta, dada la tendencia de aquellos a distorsionar el propósito de las tareas *post facto*. Es responsabilidad del terapeuta asegurarse de que el paciente interpreta correctamente el objetivo de las tareas. Este objetivo, por lo tanto, debe estar muy claro desde el principio.

Una estrategia útil para averiguar si el paciente ha comprendido la tarea y el objetivo que se persigue consiste en intercambiar los papeles (el paciente asume el rol de terapeuta). El paciente puede revisar las razones de la tarea (por ejemplo, el registro de las actividades diarias) y el terapeuta, por consiguiente, puede corregir las posibles interpretaciones incorrectas.

Al proponer una tarea conductual, el terapeuta debe evitar hacer afirmaciones generales que puedan implicar que la realización de la tarea hará que el paciente se sienta mejor. El terapeuta se limitará simplemente a subrayar que el paciente "avanza en la dirección adecuada". Las expectativas positivas del paciente son útiles, por supuesto; lo que se debe evitar es que éste evalúe de una forma rígida y absolutista ("todo o nada") los resultados de cualquiera tarea.

Nota: Contar con la participación de una "persona significativa" (la esposa, un familiar o un amigo íntimo) suele resultar muy útil para asignar e

implementar las tareas conductuales. Además de animar al paciente a llevar a cabo las tareas, la persona significativa puede ser una valiosa fuente de feedback, tanto para el paciente como para el terapeuta.

Ante el éxito obtenido en la realización de una tarea conductual, algunos pacientes reaccionan incrementando su actividad dramáticamente. Aunque en general, este resultado es deseable, puede ocurrir que el paciente quiera abarcar demasiado, hasta el punto de fracasar o experimentar ansiedad al emprender tareas para las que aún no estaba preparado. En estos casos, puede ser indicado recordar que los objetivos iniciales de la terapia se centraban en la puesta a prueba de las ideas negativas y en el incremento gradual de la actividad, no en la realización de esfuerzos exagerados.

Como se ha mencionado anteriormente se aplican en las primeras sesiones. Entre los objetivos más apropiados se encuentran la pasividad, la evitación, la ausencia de gratificación y la incapacidad de expresar las emociones (como el enfado o la tristeza). Aunque estos síntomas puedan estar presentes en todos o casi todos los pacientes depresivos, las técnicas conductuales son claramente indicadas para las depresiones más profundas. El individuo con una depresión profunda experimentará una dificultad aún mayor para centrarse en conceptos abstractos. Su atención puede verse limitada a sugerencias concretas y bien definidas. Los resultados de las investigaciones en este área sugieren que la "experiencia de éxito" en tareas conductuales concretas es lo más eficaz para romper el círculo vicioso de desmoralización, pasividad y evitación, y autodenigración.

Las tareas para casa también deben asignarse según el nivel de comprensión del paciente. En general, no se asignan este tipo de tareas en las fases iniciales del tratamiento, hasta que el paciente no haya realizado algunas tareas durante las sesiones. Obviamente, no siempre es posible ajustarse a esta norma, dado que algunas tareas exigen que el paciente se encuentre en su ambiente natural. No obstante, la práctica cognitiva y las conversaciones telefónicas entre paciente y terapeuta pueden solventar muchos problemas. Por ejemplo, hemos observado que resulta muy útil acordar que el paciente llame por teléfono al terapeuta cuando se "atasque" en la realización de una tarea. Esta práctica permite al paciente identificar y hacer frente a sus problemas en "situaciones de la vida real", a la vez que lo motiva para continuar realizando sus tareas. Otro factor que aumenta la motivación es que el paciente "informe" por teléfono al terapeuta cuando ha finalizado una serie de tareas.

Una vez que el paciente conoce y entiende el fundamento teórico y la aplicación de las técnicas conductuales, la terapia comenzará a centrarse en enfoques "puramente" cognitivos. Si reaparecen los síntomas o problemas conductuales, se puede proporcionar un "curso de refresco" o bien, simplemente, reinstaurar las técnicas conductuales. En momentos de ansiedad, muchos antiguos pacientes vuelven a programar y/o registrar sus actividades. Dado que dominan bien las técnicas, pueden utilizarse para prevenir regresiones incipientes.

En resumen, las técnicas conductuales son útiles en tanto en cuanto producen una mejoría en el nivel de funcionamiento, contrarrestan los pensamientos obsesivos, modifican las actitudes inadecuadas y proporcionan un sentimiento de gratificación. Observando los cambios operados en su propia conducta, el paciente puede mostrarse inclinado a examinar su autoconcepto negativo. La mejora del autoconcepto producirá, a su vez un aumento espontáneo en la motivación y una mejoría del estado de ánimo.

CAPITULO 8
TECNICAS COGNITIVAS

Fundamento teórico de las técnicas cognitivas

Como se ha mencionado anteriormente, el terapeuta novel debe ser consciente del hecho de que muchos pacientes depresivos están tan preocupados con sus pensamientos negativos que la introspección puede agravar sus ideas perseverantes. Cuando el paciente es capaz de emprender actividades más constructivas, y, por lo tanto, ha modificado la estimación negativa de sus capacidades, el terapeuta puede centrarse directamente en los componentes cognitivos de la depresión. Evidentemente, si parece que se pueden explorar los pensamientos, deseos y sentimientos del paciente ya al comienzo del tratamiento, pueden aplicarse inmediatamente la técnicas introspectivas, sin necesidad de aplicar previamente las estrategias conductuales. Las técnicas cognitivas, no obstante, deben aplicarse lo antes posible en el tratamiento de pacientes suicidas. La mayoría de los pacientes depresivos requieren una combinación de técnicas conductuales y cognitivas.

Específicamente, las técnicas cognitivas se dirigen a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. Técnicas como la de hacer preguntas, identificar pensamientos ilógicos, determinar las reglas en base a las cuales el paciente organiza la realidad, etc., se emplean para ayudar tanto al terapeuta como al paciente a entender la interpretación que éste último hace de la realidad. Ya que las preguntas del terapeuta y otras técnicas verbales derivan de su propia teoría, debe estar atento para evitar "poner ideas en boca del paciente". El terapeuta debe tener presente la sugestionabilidad del paciente y su deseo de agradarle, emitiendo las respuestas que,según él, espera el teraputa.

Dado que se da una mayor interación verbal durante la "fase cognitiva" del tratamiento, es probable que este aspecto de la terapia esté mucho más cerca de ser una empresa conjunta que la fase previa, en la que se enfatizan las técnicas conductuales. Aunque el terapeuta puede iniciar el espíritu de colaboración ya durante la fase conductual, a menudo se ve obligado a adoptar la postura contraria, debido a la inercia y a la indecisión del paciente durante las fases de depresión más profunda.

A la hora de aplicar las técnicas cognitivas, es importante que el terapeuta trabaje dentro del marco del modelo cognitivo de la depresión. Como se señaló en el Capítulo 1, la concepción reduccionista de la terapia cognitiva ve este método como una serie de pasos preestablecidos que se ejecutan a modo de vals o tango. En realidad, la terapia cognitiva es un sistema amplio que se ocupa de proporcionar procedimientos específicos para identificar y modificar el "paradigma personal" del paciente. En este sentido, una parte crucial de la terapia consiste en que el terapeuta obtenga la información adecuada, de modo que le sea posible penetrar en el mundo del paciente y experimentar el modo como éste organizada la realidad. Debe verse implicado en sus conceptos idiosincráticos -las pautas cognitivas concretas que generan o mantienen la depresión.

Frecuentemente, la exploración conjunta de la vida interior del paciente engendra un espíritu de aventura y, por lo general, cuando éste descubre su peculiar construcción de la realidad, se motiva aún más para centrarse en los acontecimientos reales y en los significados que les atribuye. Descubriendo los significados inadecuados que ha estado atribuyendo a sus experiencias, la vida puede adquirir un "significado nuevo" -concordante con la realidad y abierto al tipo de satisfacciones y objetivos que persigue. Puede identificar directamente los obstacúlos reales que se interponen para alcanzar determinados objetivos y/o determinadas fuentes de satisfacción y así desarrollar métodos para vencer o rodear dichos obstáculos.

Explicar el fundamento teórico al paciente

En primer lugar, el terapeuta revisa los intentos que haya hecho el paciente para definir y resolver sus problemas psicológicos. Para modificar las ideas inadecuadas o distorsionadas asociadas con las áreas problemáticas, el terapeuta expone brevemente el modelo cognitivo de la depresión. Entre los puntos más importantes a exponer se encuentra el de la íntima relación entre los pensamientos de una persona acerca de sí misma, de su entorno y de su futuro (la tríada cognitiva) y sus sentimientos, motivaciones y conductas. El terapeuta subraya el efecto negativo que ejercen los pensamientos inadecuados o distorsionados sobre los sentimientos y la conducta del paciente. Sin embargo, decirle al paciente que "piensa de una manera irracional" puede ser contraproducente.Los pacientes depresivos están profundamente convencidos de que ven las cosas "tal como son en realidad". Así pues, el terapeuta debe proporcionar al paciente evidencia de que su modo de pensar o de ver las cosas contribuye a mantener la depresión y de sus observaciones y conclusiones pueden ser "incorrectas" (no "irracionales"). El terapeuta puede hacer notar, por ejemplo, que, cuando son posibles varias interpretaciones de un mismo fenómeno, el paciente selecciona sistemáticamente la más negativa. En este mismo capítulo, se describirán métodos específicos para proporcionar este tipo de evidencia a la que nos referimos.

La idea principal que el terapeuta debe comunicar es que ambos (paciente y terapeuta) van a actuar como dos colaboradores científicos que

pretenden "investigar" el contenido de los pensamientos del paciente. En este trabajo conjunto, es crucial determinar la información relevante que se va a obtener e investigar. La información central que se necesita para la terapia cognitiva es cómo comprende e interpreta el paciente sus experiencias.

La investigación de los pensamientos del paciente se basa en dos premisas. Primera, que los pacientes depresivos piensan de un modo idiosincrático (esto es, presentan un sesgo sistemático en el modo de verse a sí mismos, el mundo y el futuro). Segunda, que su manera de interpretar los acontecimientos contribuye al mantenimiento de la depresión.

Como ya hemos dicho, la estrategia típica que adopta el terapeuta cognitivo es elicitar las ideas del paciente acerca de la naturaleza de sus problemas, en lugar de ofrecerle interpretaciones y explicaciones. El terapeuta trata de comprender los factores que, según el paciente, contribuyen a mantener la depresión.

Es esencial conocer las expectativas del paciente ante el tratamiento (por ejemplo, lo que sucederá, los objetivos razonables, el resultado que puede esperar, etc.). A este respecto, mencionaremos el caso de una paciente que fue tratada por uno de nosotros (Brian F. Shaw). Esta paciente ya había recibido tratamiento anteriormente; le habían dicho que la depresión estaba causada por anomalías bioquímicas. Había sido tratada con tres fármacos antidepresivos distintos sin que ninguno de ellos produjese una mejoría clínica significativa. La paciente estaba convencida de que ningún método eliminaría la depresión. Por consiguiente, hubo que porporcionarle información específica sobre la terapia "basada en conversaciones" (o de entrevistas), sobre las diferencias de ésta con la quimioterapia, sobre su base teórica, sus implicaciones y la probabilidad de mejoría.

Paralelamente, un paciente que esté convencido de que la depresión tiene sus raíces en sus experiencias infantiles y que crea que es necesario recordar, "revivir" y analizar los acontecimientos significativos que tuvieron lugar en la infancia, necesita que le orienten hacia las bases de la terapia cognitiva. De lo contrario, este paciente podría llegar a la conclusión de que la terapia cognitiva, con sus énfasis en el "aquí y ahora", no es más que una "primera aproximación" al verdadero tratamiento. En casos como éste, puede ser útil para el terapeuta comentar el hecho de que se puede modificar un patrón de pensamiento o de conducta sin necesidad de identificar la causa ni el curso del aprendizaje.

Para ilustrar este punto, puede servirnos una analogía. Por ejemplo, aunque una persona hable con frases cortas, mal construidas y utilice frecuentemente palabras de argot, no es necesario revisar sus experiencias anteriores con respecto a la gramática. En lugar de ello, esta persona necesitaría un entrenamiento específico, consistente en la corrección de sus errores y en la especificación de frases bien construidas. En ocasiones, no obstante, puede ser conveniente revisar experiencias de aprendizaje anterio-

res para demostrar al paciente que está interpretando los acontencimientos de forma inadecuada.

Una manera de evaluar los puntos de vista del paciente acerca de la terapia, a la vez que se le proporciona información sobre el modelo conceptual de terapia cognitiva, es hacer que lea una introducción al método, tal como *Coping with Depression* (Cómo hacer frente a la Depresión) o *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (La Terapia Cognitiva y los Trastornos Emocionales). El terapeuta puede animar al paciente a subrayar las parte que considere relevante para su caso. El terapeuta debe cuidar especialmente de que el paciente comprenda el concepto de pensamiento distorsionado y la relación entre los pensamientos y los síntomas de la depresión.

En la siguiente conversación terapéutica, se expone un ejemplo de la exploración del *significado* atribuído a los acontecimientos. El paciente era un estudiante graduado de 26 años con una historia de cuatro meses de depresión recurrente.

PACIENTE: Estoy de acuerdo con la descripción que hace de mí, pero no con la idea de que es mi manera de pensar lo que hace que me sienta deprimido.

TERAPEUTA: ¿Cómo lo entiendes tú?

P: Me deprimo cuando las cosas van mal. Por ejemplo, cuando fracaso en un examen.

T: ¿Cómo puede deprimirte el hecho de fracasar en un examen?

P: Está claro; si suspendo, nunca conseguiré ingresar en la Facultad de Derecho.

T: Así pues, suspender un examen significa mucho para ti. Pero, si el hecho de suspender un examen fuese suficiente para producir una depresión, ¿no sería de esperar que todo el que suspendiese cayera en una depresión? ¿Sería una depresión tan profunda como para necesitar tratamiento?

P: No, pero depende de lo importante que sea el examen para la persona.

T: Bien, ¿y quién determina la importancia?.

P: Yo.

T: Entonces, lo que tenemos que explorar es tu manera de percibir el examen (o tus *pensamientos* acerca del mismo) y cómo influye en la oportunidad de acceder a la Facultad de derecho. ¿Estás de acuerdo?

P: Sí.

T: ¿Estás de acuerdo en que tu forma de interpretar el examen te influye?

Podrías sentirte deprimido, podrías tener problemas de sueño, perder el apetito, o incluso abandonar el curso.

P: Sí, estoy de acuerdo.

T: Entonces, ¿qué significaría el fracaso?

P: (lloroso): Que no podría ingresar en la Facultad.

T: ¿Y qué representa eso para tí?

P: Que no soy lo suficiente inteligente.

T: ¿Nada más?

P: Que nunca podré ser feliz.

T: ¿Y cómo te hacen sentir estos *pensamientos*?

P: Muy desgraciado.

T: Así pues, el significado de suspender el examen es lo que hace que te sientas desgraciado. De hecho, la creencia de que nunca podrás ser feliz es un factor muy poderoso para producir infelicidad. Tú mismo te estás tendiendo una trampa —pensando que si no entras en la Facultad, "nunca podrás ser feliz".

La etapa más importante de la terapia cognitiva es el entrenamiento del paciente para observar y registrar sus cogniciones. Obviamente, si no se llega a un acuerdo sobre los datos relevantes que van a estudiarse, la comunicación terapéutica se verá seriamente limitada. El entrenamiento en la observación y registro de las cogniciones hace que el paciente se dé cuenta de la existencia de la imágenes y autoverbalizaciones ("corriente de pensamientos"). El terapeuta entrena al paciente a identificar las cogniciones inadecuadas y distorsionadas. A veces, el paciente necesita aprender previamente a discriminar entre sus propios pensamientos y los acontecimientos reales. También debe comprender la relación entre sus cogniciones, afectos y conducta, y los acontecimientos ambientales.

La tarea de entrenar al paciente a observar y registrar sus cogniciones debe realizarse en pasos sucesivos: (1) Definir lo que es un "pensamiento automático" (cognición); (2) demostrar la relación entre cognición y afecto (o conducta), valiéndose de ejemplos concretos; (3) demostrar la presencia de las cogniciones, tomando como base la experiencia reciente del paciente; (4) asignar para casa la tarea de registrar las cogniciones; y (5) revisar los registros del paciente y proporcinarle feedback.

Definición de "Cognición" para el Paciente

El terapeuta puede definir la *cognición* como "un pensamiento o una imágen de la que uno puede no ser consciente, a no ser que le preste atención". De forma característica, una cognición es una voloración de acontecimientos hecha desde cualquier perspectiva temporal (pasada, presente o futura). Las cogniciones típicas que se observan en la depresión y en otros problemas clínicos se suelen denominar "pensamientos automáticos",

los cuales forman parte de un determinado patrón de pensamiento. Excepto en ciertas situaciones bien definidas (por ejemplo, el intento del artista o del poeta de ampliar las fronteras de lo real), las cogniciones suelen ser interpretadas por el individuo como representaciones objetivas de la realidad y, por lo tanto, se toman como verdaderas. Dado que las cogniciones son automáticas, habituales y creíbles, el individuo raramente se detiene a probar su validez. Por todo esto, no es infrecuente que el depresivo se vea abrumado por cuestiones retóricas ("¿Por qué soy tan débil?" o "¿Por qué soy una persona incompetente?") o por imágenes desagradables ("Tengo el aspecto de un cerdo, gordo y feo"). Da por supuesto que es débil, feo o incompetente y se pregunta por qué le ha caído una desgracia así.

Influencia de las Cogniciones sobre los Afectos y la Conducta

Existen varios métodos para demostrar la relación entre pensamientos, sentimientos y conducta. Muchos pacientes pueden ver una cierta relación entre ellos mismos y determinados estereotipos que no les impliquen personalmente. Un estereotipo típico se presenta en la siguiente conversación entre el terapeuta y un paciente de 43 años.

TERAPEUTA: La manera que tienen las personas de interpretar los acontecimientos influye en sus sentimientos y en su conducta. Por ejemplo, imaginemos a una persona que está sola por la noche y oye un ruido en otra habitación. Si pensara "Hay un ladrón", ¿cómo cree usted que se sentiría?

PACIENTE: Muy ansioso, aterrorizado.

T: ¿Y cómo se comportaría?

P: Podría intentar esconderse; si fuera una persona inteligente, llamaría a la policía.

T: Bien, así que, en respuesta al pensamiento de que el ruido lo hizo un ladrón, esta persona se sentiría ansiosa y su conducta iría encaminada a protegerse. Ahora, imaginemos que ha oído el mismo ruido, pero piensa "Se han quedado las ventanas abiertas y el viento ha tirado algo".

¿Cómo se sentiría?

P: Desde luego no se asustaría. Podría sentirse triste si pensase que se había roto algo de valor; o enfadado porque los niños se hubiesen dejado abiertas las ventanas.

T: Según este pensamiento, ¿se diferenciaría su conducta de la del caso anterior?

P: Por supuesto, probablemente se levantaría a ver qué se había roto. Evidentemente no llamaría a la policía.

T: Muy bien. Lo que nos demuestra este ejemplo es que existen diferentes maneras de interpretar una situación. Asimismo, que el modo de interpretar la situación influye sobre los sentimientos y la conducta.

Este ejemplo sirve para proporcinar al paciente una cierta distancia psicológica con respecto a sus propios problemas, constituyendo al mismo tiempo el marco para examinar sus propios pensamientos y sentimientos. Resulta difícil predecir la dificultad (o la facilidad) con que un paciente determinado va a comprender estos conceptos. La principal estrategia del terapeuta consiste en probar varias demostraciones, pero también debe estar preparado para desarrollar o ampliar el modelo en función de las experiencias del paciente.

Otra técnica para demostrar la relación entre pensamientos y afectos es la de las "imágenes inducidas". En primer lugar, el terapeuta le pide al paciente que imagine una escena desagradable. Si el paciente manifiesta una respuesta emocional negativa, el terapeuta puede preguntar acerca del contenido de sus pensamientos. A continuación, le pide que imagine una escena agradable y que describa sus sentimientos. Normalmente, el paciente será capaz de reconocer que, cambiando el contenido de sus pensamientos, puede modificar sus sentimientos. Para algunos pacientes, esta sencilla técnica sirve para poner de manifiesto el impacto de las imágenes que ellos mismos se forman y les hace comprender cómo los pensamientos influyen en el estado de ánimo. Esta técnica está indicada para los pacientes con una depresión moderada, quienes suelen experimentar períodos de tristeza transitorios.

Cognición y Experiencias Recientes

Algunos pacientes tienen dificultad para identificar los pensamientos o ideas inadecuadas; otros pueden no ver la relación entre pensamientos y sentimientos. Otros pacientes, sin embargo, pueden entender rápidamente la naturaleza de las cogniciones e incluso aportar cogniciones negativas típicas a partir de sus propias experiencias. En cualquier caso, es conveniente demostrar al paciente la presencia de las cogniciones. En el primer caso, lo esencial es que los pacientes se hagan conscientes de sus cogniciones negativas y sean capaces de detectarlas. En el segundo, resulta útil registrar las cogniciones junto con el paciente para asegurarse de que comprende la importancia de su pensamientos. Este último procedimiento también sirve como salvaguardia, ya que el estar de acuerdo con las formulaciones del terapeuta de una manera automática indica más bien conformismo que un verdadero aprendizaje. Tales pacientes requieren el mismo entrenamiento que el paciente que no se da cuenta del papel que las cogniciones desempeñan en la depresión.

Un primer procedimiento para demostrar la presencia de las cogniciones consiste en preguntar al paciente por sus pensamientos inmediatamente anteriores a la primera cita. Muchos pacientes manifiestan haber experimentado pensamientos referentes al terapeuta, al tratamiento y a las posibles consecuencias de la ayuda que iban a recibir. A continuación, el terapeuta denomina o etiqueta los pensamientos o ideas como "pensamientos automá-

ticos" (cogniciones). Si el terapeuta piensa que el vocabulario del paciente es limitado, puede emplear otros términos para describir los fenómenos cognitivos, como, por ejemplo, "las cosas que se dice a sí mismo" o "autoafirmaciones".

Además de determinar la presencia de las cogniciones, el terapeuta puede corregir cualquier concepto o información incorrecta referente al tratamiento. Por ejemplo, a una paciente de 38 años, casada y madre de dos hijos, se le pidió que recordarse los pensamientos que hubiese experimentado en la sala de espera. Manifestó que su mayor preocupación era que no iba a sobrevivir al periodo de tratamiento. Aunque había sido informada de la duración media de la terapia cognitiva (sesiones semanales de 1 hora durante 12 semanas aproximadamente), no podía conjugar esta información con la que le habían dado anteriormente en otra consulta (3 sesiones semanales durante un periodo de 2 a 3 años). De hecho, la paciente no había llegado a entender que el terapeuta al que había acudido previamente se regía por un procedimiento terapéutico distinto (terapia psicoanalítica) y tenía un conjunto de objetivos diferente ("reconstrucción completa de la personalidad"). Cuando se dio cuenta de que la terapia cognitiva iba a centrarse en problemas concretos (específicamente, en su depresión), el miedo que había experimentado en la sala de espera dejó paso a preocupaciones más relevantes, como "¿Tendrá éxito *esta* terapia?" o "¿Qué ocurrirá si no mejoro?"

Detección de los Pensamientos Automáticos

Una vez que el paciente ha entendido la definición de la cognición y reconoce la presencia de imágenes y pensamientos automáticos, el terapeuta expone un proyecto diseñado para poner de manifiesto las cogniciones inadecuadas.

Lo que se le dice al paciente depende del problema concreto que se esté investigando. Lo más frecuente suele ser que se le den instrucciones de "atrapar" cuantas cogniciones sea posible y registrarlas en un cuaderno. Dado que es extraño que una persona esté "totalmente en blanco", si es que ello es siquiera posible, el paciente puede tomar las variaciones en su estado de ánimo como indicio o pista para identificar o recordar sus cogniciones*.

Cuando mejor se identifican las cogniciones es inmediatamente después de que hayan tenido lugar. Sin embargo, por múltiples razones, un individuo puede no ser capaz de registrar sus cogniciones inmediatamente. Por lo tanto, un segundo método consiste en que el paciente reserve un cierto periodo de tiempo, por ejemplo, 15 minutos cada tarde, para recordar los acontecimientos del día y las cogniciones asociadas con cada uno de ellos. El terapeuta le pide al paciente que registre cualquier pensamiento negativo con la mayor precisión posible. Es decir, en lugar de anotar, "Experimenté el sentimiento de que era incompetente en el trabajo", como si estuviera

* La identificación de los pensamientos automáticos se verá facilitada por la lectura de sus características en *Coping with Depresion* (Beck y Greenberg, 1.974).

manifestando el pensamiento en el curso de una conversación, debería escribir, "Soy incompetente en el trabajo", reproducción más precisa del pensamiento. Este método de entrenamientos para registrar las cogniciones fuera de la sesión terapéutica resulta especialmente útil para los pacientes que han recibido la instrucción de mantenerse ocupados con objeto de evitar los pensamientos depresivos recurrentes.

Un tercer método para concretar las cogniciones consiste en identificar las situaciones ambientales que tengan relación con la depresión del paciente. Por ejemplo, una paciente de 31 años, madre de tres hijos, manifestó que los "peores momentos del día" eran entre las 7 y las 9 de la mañana. Durante este periodo de tiempo era cuando preparaba el desayuno de su familia. La paciente no podía explicar por qué estas horas se le hacían tan difíciles hasta que comenzó a registrar sus cogniciones. Descubrió que lo que hacía era compararse sistemáticamente con su madre, quien se mostraba irritable y con ganas de discutir por las mañanas. Cuando los niños se portaban mal, la paciente solía pensar, "No te enfades o terminarán odiándote"; en consecuencia, los ignoraba. Con mayor frecuencia, sin embargo, no podía contenerse y "explotaba"; entonces pensaba, "Soy peor que mi madre. No sirvo para cuidar a mis hijos. Sería mejor para ellos si yo estuviese muerta". Se deprimía aún más el recordar las experiencias negativas de su infancia, como "mi madre pegándome en cuanto me quejaba por algo". Una vez que la paciente identificó estas cogniciones, ella y el terapeuta iniciaron una conversación ciertamente fructífera que dió como resultado la elaboración de una lista de las semejanzas y diferencias entre ella y su madre, la revisión de lo que ella consideraba mal comportamiento de los hijos y la refutación de su creencia de que cualquier muestra de enfado haría que sus hijos la odiasen para siempre.

Otra alternativa es que el terapeuta enfrente al paciente con una de las situaciones ambientales perturbadoras con objeto de activar e identificar las cogniciones depresivas. Por ejemplo, una paciente de 49 años se culpaba por la muerte de su hijo, que se había suicidado dos años antes de que ella acudiera a la terapia. Se dió cuenta de que muchos objetos y situaciones (por ejemplo, las guitarras, la música, las exposiciones de arte, etc.) le recordaban a su hijo, desencadenando un torrente de cogniciones negativas, un marcado pesimismo y un sentimiento de culpabilidad. Para sentirse mejor, la paciente solía evitar situaciones que evocaban a su hijo. Por esta razón, a la paciente le resultaba difícil identificar con claridad las cogniciones depresógenas. Consecuentemente, el terapeuta sugirió a la paciente que acudiesen a una galería de arte y se centrase en sus cogniciones. Lo que sucedió es que observó pensamientos automáticos autoacusatorios centrados en "su incapacidad para escuchar a su hijo", su decisión de mantener un matrimonio desgraciado y su incompetencia como madre". A la paciente le resultó muy útil identificar estas cogniciones, ya que, a partir de aquí, podía probar la validez de éstas. Al comentar con el terapeuta algunos aspectos concretos de sus ideas negativas, la paciente concluyó que sus autoacusaciones eran infundadas. El exagerado

sentimiento de culpa de la paciente desapareció y así comenzó a hacer frente a la tristeza producida por la muerte de su hijo.

Una técnica provechosa consiste en instruir al paciente para que registre las cogniciones que tengan contenidos comunes. Una estudiante de 21 años se hallaba en la sexta semana de tratamiento, cuando el terapeuta le dijo que tenían que cancelar la siguiente cita.

PACIENTE: Bien, tiene usted que ir a una cita. (Pausa). Hay algo que creo que debo decirle, tengo la sensación de que me está rechazando. No sé por qué. Porque, si lo pienso bien, veo evidente y necesario que anule nuestra cita.

TERAPEUTA: ¿Hay algún tipo de evidencia que apoye tu idea?

P: Bueno, francamente, me pregunto si usted no podría hacer un esfuerzo para quedar conmigo en otro momento. Y ni siquiera sé si va a estar en esta parte de la ciudad.

En este caso, se pidió a la paciente que prestase especial atención a otros pensamientos centrados en el tema del rechazo. Volvió a la siguiente sesión y manifestó su sorpresa por haber experimentado 27 pensamientos de este tipo en una semana. Además, se sentía más deprimida si pensaba que el "rechazo" era premeditado. Terapeuta y paciente se centraron entonces en la definición de "rechazo" por parte de la paciente y en su tendencia a esperar que los demás ("las personas a quienes importo") actuasen siempre en defensa de sus intereses. Estaba claro que había interpretado la anulación de la cita como un rechazo, ya que, según la idea, la conducta del terapeuta indicaba que ella "no le importaba".

Como hemos visto, existen diferentes métodos para ayudar al paciente a especificar las cogniciones que mantienen o agravan la depresión. Una vez que el paciente aprende a especificar sus cogniciones, él y el terapeuta pasan a examinar la fuente de la depresión.

Examinar y Someter a una Prueba de Realidad las Imágenes y los Pensamientos Automáticos

El terapeuta hace que el paciente someta sus ideas a pruebas de realidad no para inducir un optimismo pasajero haciéndole creer que "las cosas son realmente mejores de lo que parecen", sino para suscitar una descripción y un análisis más correctos de cómo son las cosas. Aunque el depresivo tiende a ver su mundo bajo una luz negativa, el terapeuta no debería caer en la trampa de suponer que todos los pensamientos pesimistas del paciente son necesariamente erróneos. Debería examinar una muestra de los pensamientos del paciente en colaboración con éste. La base o evidencia de cada pensamiento debe someterse a una prueba de realidad, aplicando las pautas que emplean las personas no depresivas a la hora de emitir un juicio.

Por ejemplo, una estudiante expresó su creencia de que no iba a poder acceder a la Universidad en la que había solicitado plaza. Cuando el terapeuta investigó las razones que le habían llevado a esta conclusión, descubrió que

no existían bases suficientes. La serie de preguntas fue la siguiente:

TERAPEUTA: ¿Por qué piensas que no te admitirán en la Universidad que has elegido?

PACIENTE: Porque mis notas no son suficientemente buenas.

T: ¿Cuál es la nota media?

P: Bastante buena hasta el último semestre en la escuela superior.

T: ¿Cuál es la medida total?

P: Sobresalientes y Notables.

T: ¿Cuántos sobresalientes y cuántos notables?

P: Bueno, creo que la mayoría son sobresalientes, pero tuve muy malas notas el último semestre.

T: Pero, ¿cuáles son las notas exactamente?

P: Dos sobresalientes y dos notables.

T: Si la nota media es prácticamente sobresaliente, ¿por qué crees que no vas a poder entrar en la Universidad?

P: Me dijeron que un Notable alto era suficiente.

T: ¿Y no es tu medida mejor que ésa?

P: Creo que sí.

En este caso, la paciente no trataba deliberadamente de estorbar al terapeuta, pero de hecho había llegado a una conclusión negativa (incorrecta) respecto a la probabilidad de ser admitida. Su razonamiento puede tomarse como ejemplo del pensamiento de "todo o nada", según el cual, cualquier nota inferior al Sobresaliente era considerada como un fracaso. La paciente apoyó esta conclusión incorrecta con otra igualmente errónea, referente a su posición relativa con respecto a otros compañeros de clase. Se dió cuenta de que, aunque creía que era una estudiante media, en realidad estaba más cerca del límite superior de la clase. Sólamente cuando el terapeuta acudió a los hechos, la paciente logró darse cuenta de cómo había distorsionado la realidad.

El terapeuta pudo haber empleado dos métodos diferentes que podrían haber ejercido una influencia positiva sobre la paciente, pero que no la habrían enseñado realmente a examinar y autentificar sus ideas. Por ejemplo, podía haberle asegurado que, dado su nivel intelectual, entraría en la Facultad. También podía haber empleado el método que recomiendan los seguidores de la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1962) y haber lanzado un reto a su creencia de que el acceso a la Universidad era un índice de su valía personal. Empleando otra técnica diferente de la T.R.E., el terapeuta podía haber investigado, en colaboración con la paciente, las consecuencias de no ser admitida en la Universidad.

Sin embargo, si el terapeuta hubiese elegido estos procedimientos en la fase de terapia en que se encontraban, habría olvidado un punto esencial porque (a) no habría establecido unos datos sólidos con los que contrastar las conclusiones de la paciente y (b) no habría dado a la paciente la oportunidad

de aplicar la evidencia para poner a prueba sus conclusiones. En consecuencia, aunque la paciente hubiese podido experimentar una mejoría temporal como resultado de los procedimientos racional-emotivos, sus cogniciones negativas habrían seguido influyendo. Es decir, habría seguido interpretando incorrectamente otras situaciones, o incluso habría vuelto a la conclusión errónea inicial sobre su admisión en la Universidad. Una vez que la paciente aprende a contrastar sus cogniciones con la evidencia real, tendrá la oportunidad de evaluar sus supuestos. Los pacientes depresivos necesitan una prueba de realidad antes de intentar modificar sus creencias (si es que se ha demostrado que éstas son incorrectas).*

Evidentemente, sabemos que no todos los estudiantes que solicitan plaza en la Universidad tienen buenas notas; por eso, es posible que las expectativas de rechazo por parte de un estudiante depresivo constituyan, de hecho, una predicción correcta. En este caso, una vez que el terapeuta haya determinado que las afirmaciones del paciente son ciertas y sus predicciones plausibles, pasará a investigar el *significado* de no ser admitido en la Universidad y el cúmulo de actitudes con él asociadas. Por ejemplo, supongamos que el terapeuta sabe que las posibilidades de una paciente de comenzar una carrera universitaria son verdaderamente escasas, incluso nulas; podría dirigirse entonces a averiguar las actitudes del paciente con respecto a la admisión en la Universidad. El estudiante podría decir, por ejemplo, "Si no consigo entrar en la Universidad, significa que soy un verdadero estúpido", " ... nunca seré feliz", o " ... mi familia y mis amigos se sentirán defraudados".

Estas actitudes en sí mismas pueden investigarse con mayor profundidad para ver hasta qué punto se ajustan a la realidad. Si es cierto que la familia y los amigos se sentirían decepcionados, terapeuta y paciente pueden discutir por qué éste último ha de estar controlado por lo que piensen o sientan otras personas. El terapeuta puede señalar que no es que otras personas le *hagan* sentirse decepcionado, sino que, incorporando la actitud de los demás, el paciente se *"obliga"* a sí mismo a sentirse decepcionado. Es decir, que son sus propios pensamientos, no los de las demás personas, los que producen emociones desagradables.

* En respuesta a esta afirmación, Ellis (comunicación personal, 1.978) escribe: La T. R. E. *no* excluye la posibilidad de recoger lo que usted llama "datos sólidos" con los que se pueda contrastar las conclusiones del paciente. Aunque los terapeutas que siguen la T. R. E. no tienen que proceder necesariamente del mismo modo que ustedes, pueden hacerlo sin ninguna dificultad, si lo creen conveniente. En muchos casos, yo he actuado como sus terapeutas lo hacen en el diálogo que se presenta en este apartado del manual; en otros, posiblemente habría discutido la valía personal del paciente o su tendencia a interpretar negativamente las situaciones —en el transcurso de la conversación, iría surgiendo la información necesaria para reunir unos "datos sólidos". En algunos otros, finalmente, ayudaría al paciente a aceptarse a sí mismo o a dejar de interpretar las situaciones en un sentido negativo sin necesidad de acudir a los datos que usted menciona— pero recogiendo, por supuesto, otras informaciones. La T. R. E. *no* sigue una única pauta para las preguntas y diálogos".

Lo esencial de la prueba de realidad es que permite al individuo corregir sus distorsiones. El análisis del significado y de las actitudes pone de manifiesto la naturaleza irracional y contraproducente de las actitudes. Sin embargo, hemos observado que, a medida que el individuo continúa distorsionando la realidad, los intentos del terapeuta de modificar su sistema de creencias y hacerlo más racional resultan ineficaces.

Resultó que una mujer que se quejaba de fuertes dolores de cabeza, así como de otros trastornos somáticos obtuvo una puntuación alta en depresión. Cuando se le preguntó acerca de las cogniciones que parecían hacerla desgraciada, dijo, "Mi familia no me aprecia"; "Nadie me aprecia, no me hacen ningún caso"; "Soy una inútil".

Como ejemplo, manifestó que su hijo (en plena adolescencia) ya no quería hacer cosas en su compañía. Aunque esta afirmación muy bien podría haber sido cierta, el terapeuta decidió determinar su autenticidad. En la siguiente conversación, el terapeuta buscó la "evidencia" que apoyase esta afirmación:

PACIENTE: Mi hijo ya no quiere ir al cine o al teatro conmigo.
TERAPEUTA: ¿Cómo sabe que no quiere ir con usted?
P: A los adolescentes no les gusta hacer cosas con sus padres.
T: ¿Le ha pedido que salga con usted?
P: No, el caso es que él me ha preguntado en varias ocasiones si quería que saliéramos a ..., pero yo creo que en realidad a él no le apetecía ir.
T: ¿Y si usted le plantease la pregunta directamente?
P: Bueno.
T: Lo importante no es si él sale o no con usted, sino saber si usted está decidiendo por él en lugar de dejarle que diga lo que piensa.
P: Espero que tenga usted razón, pero es que él es muy desconsiderado. Por ejemplo, siempre llega tarde a cenar.
T: ¿Cuántas veces ha ocurrido eso?
P: Oh, una o dos veces ...
T: ¿Piensa usted que el que llegue tarde a cenar se debe a que es desconsiderado?
P: Bueno, déjeme pensar; las dos noches que llegó tarde, dijo que había estado trabajando. En realidad, suele ser amable casi siempre.

Como la paciente pudo comprobar después, su hijo estaba deseando ir al cine con ella.

El terapeuta no aceptó sin más las conclusiones e inferencias de la paciente, sino que intentó determinar su validez. En el caso de que las conclusiones de la paciente hubiesen sido ciertas, el terapeuta habría investigado el modo como la paciente asignaba un significado al "rechazo" por parte de su hijo. El terapeuta podría también haberla animado a entablar relaciones y salir con otras personas.

Una característica de los pacientes depresivos es su tendencia a considerar sus ideas como hechos. Aunque esta característica es típica de los seres humanos en general, adquiere una mayor importancia en la depresión, debido al grado de distorsión que sufren las ideas. Además, el problema aumenta al comportarse el paciente de un modo consistente con sus pensamientos.

Cuando el paciente ha adquirido las habilidades de observación y registro necesarias, será capaz de reconocer que ciertas cogniciones son especialmente frecuentes en momentos de sentimientos negativos o desagradables. La estructura y contenido específicos de cada cognición se relacionan con el sentimiento negativo subsiguiente (Beck, 1976). Por ejemplo, la ansiedad se asocia con cogniciones en las que el paciente se considera en peligro inmediato (amenaza física o social). Las cogniciones asociadas con la depresión suelen reflejar la creencia del paciente en su incompetencia, falta de atractivo, fracaso en el "cumplimento de sus responsabilidades", o aislamiento social.

Generalmente, con la ayuda del terapeuta, el paciente puede clasificar sus cogniciones en función de los contenidos de éstas (por ejemplo, culpabilidad, inferioridad, carencia, etc.). El terapeuta puede ayudar al paciente a identificar las distintas interpretaciones y significados que se pueden asignar a una determinada situación. Puede mostrarle el sesgo negativo sistemático que presenta al seleccionar sus interpretaciones e indicarle sus inferencias negativas indiscriminadas en contra de la evidencia real. Evidentemente, el terapeuta no puede esperar que el paciente modifique sus interpretaciones sólamente por haberse hecho consciente del sesgo negativo que aplica sistemáticamente. En su lugar, la autenticidad de cada interpretación requiere un cuidadoso examen, de modo que el paciente pueda mejorar tanto su capacidad de observación como su capacidad para hacer inferencias lógicas y realistas.

El terapeuta puede valerse de distintas técnicas cognitivas para evaluar y validar las conclusiones del paciente. Modificar las respuestas negativas estereotipadas del paciente depresivo es esencial porque (1) provocan la experiencia de sentimientos negativos intensos y (2) desvían la atención del paciente de los problemas reales. Dos técnicas dirigidas a incrementar la objetividad del paciente son la "retribución" y la "conceptualización alternativa". Una de las ventajas principales de estas técnicas es que el paciente aprende a "distanciarse" de sus propios pensamientos; es decir, comienza a ver sus pensamientos como eventos psicológicos.

Técnicas de retribución

Un patrón cognitivo frecuente en la depresión consiste en autoatribuirse —incorrectamente— la culpa o responsabilidad de acontecimientos negativos. Los pacientes depresivos presentan una fuerte tendencia a autoculpabilizarse por consecuencias negativas de situaciones que escapan a su control, así como por las relativas a sus acciones y juicios. La técnica de "reatribución"

se emplea cuando el paciente atribuye, de forma poco realista, las consecuencias negativas a una deficiencia personal, como la falta de capacidad o de esfuerzo. El terapeuta y el paciente revisarán los acontecimientos relevantes y aplicarán leyes lógicas a la información disponible, con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda. Lo importante no es liberar al paciente de toda responsabilidad, sino definir los múltiples factores que pueden intervenir en una experiencia adversa. Conforme va ganando en objetividad, el paciente no sólo deja de atribuirse el peso de la culpa, sino que además puede buscar caminos para evitar las situaciones adversas e incluso prevenir su ocurrencia futura.

El siguiente caso ilustra la utilidad de atribuir adecuadamente la responsabilidad en la solución realista de los problemas.

El paciente era un director de banco de 51 años, moderadamente deprimido. Se quejaba fundamentalmente de "ineficacia en el trabajo". Por "ineficacia" el paciente se refería a una dificultad que había experimentado para tomar decisiones de negocios. El paciente acudió a la cuarta sesión en un estado de profunda depresión.

PACIENTE: No sé cómo explicarle el lío que he formado. He cometido un error de tal calibre que podía haberme costado el empleo.

TERAPEUTA: Dígame qué error fue ése.

P: Di la aprobación para un préstamo que fue un fracaso total. Tomé mal la decisión.

T: ¿Recuerda los detalles específicos relevantes para la decisión?

P: Sí, recuerdo que todo parecía bien sobre el papel: buenos avales; estaba dentro de los límites de las facilidades crediticias ..., pero debí haberme dado cuenta de que habría problemas.

T: ¿Tenía toda la información pertinente en el momento de tomar la decisión?

P: En aquel momento, no; pero sí 6 semanas después. Me pagan por tomar decisiones provechosas, no para hacer perder dinero al banco.

T: Comprendo su situación, pero me gustaría dar un repaso a la información que usted tenía en el momento de tomar la decisión, no a la que podía haber tenido acceso 6 semanas más tarde.

Cuando el terapeuta y el paciente revisaron la información pertinente disponible en el momento de tomar la decisión, el paciente llegó a la conclusión de que su decisión inicial era correcta, de acuerdo con los principios de la banca. Incluso recordó haber revisado detalladamente el estado financiero de la cuenta del cliente. Al paciente le resultó útil el método de la reatribución, es decir, darse cuenta de que la causa del problema estaba fuera de sí mismo. No obstante, aún le quedaba otro problema por resolver. Como resultado de sus autocríticas, había evitado ponerse en contacto con la oficina

central para iniciar los procedimientos legales pertinentes contra el cliente. Se le dejó con un problema "del que sólo yo soy responsable", pero se le animó diciéndole que aún había tiempo para "corregir el error". Paciente y terapeuta elaboran un programa paso a paso para rectificar los errores anteriores del paciente. Aunque éste recibió de sus superiores algunas críticas debidas a su tardanza, logró aceptarlas en un sentido "constructivo" y sin autocastigarse.

La reatribución resulta especialmente útil con los pacientes que tienen tendencia a culpabilizarse y/o a atribuirse la responsabilidad de cualquier circunstancia adversa. El terapeuta puede decidir contrarrestar las cogniciones del paciente que se culpabiliza (a) revisando los "hechos" que dieron lugar a la autocrítica (como en el caso anterior); (b) mostrando los distintos criterios existentes para atribuir la responsabilidad que el paciene aplica a su propia conducta y demostrando cómo podrían haber sido aplicados a la conducta de otra persona; o (c) poniendo en duda la creencia de que el paciente es "100%" responsable de cualquier consecuencia negativa. Para referirse a esta técnica se ha empleado el término "de-responsabilización"

Búsqueda de soluciones alternativas

El sistema lógico y de razonamiento que el paciente depresivo presenta tan limitado se va ampliando a medida que el individuo se distancia de sus propias cogniciones y se da cuenta de sus rígidos patrones de pensamiento y de los contenidos de sus ideas. Los problemas que anteriormente se sonsideraban irresolubles pueden ahora conceptualizarse bajo otra óptica. En este momento, puede ser útil la "búsqueda de alternativas". Esta técnica se refiere a la investigación activa de otras interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente. Este procedimiento constituye la piedra angular de la resolución adecuada de los problemas.

Gracias a la definición cuidadosa de sus dificultades, el paciente puede llegar espontáneamente a soluciones para problemas que antes consideraba irresolubles. Además, con una comprensión de los problemas basada en la realidad, las opciones que anteriormente habían sido descartadas pueden ahora considerarse prácticas y útiles. El terapeuta no debe fiarse sólamente de las afirmaciones del paciente de que lo ha "intentado todo". Dado que los pacientes depresivos creen sinceramente que han explorado todas las opciones posibles, es probable que rechacen automáticamente algunas de las alternativas y abandonen la búsqueda de otras nuevas, debido a que previamente habían llegado a la conclusión de que el problema era irresoluble. Como hemos indicado anteriormente, la base de la desesperanza del paciente depresivo proviene de su selección, sistemáticamente sesgada, de datos negativos. El siguiente ejemplo ilustra la tendencia de los pacientes depresivos a considerar que los problemas son irresolubles sobre la base de su conjunto de cogniciones negativas.

La paciente era una mujer de 28 años moderadamente deprimida. Su marido le había abandonado a ella y a sus tres hijos un mes antes. La paciente

pensaba continuamente en la idea de que no podría salir adelante sin su marido. "Apoyaba" esta postura aludiendo a las dificultades que había experimentado en el pasado con respecto a la "independencia". Durante su adolescencia, la paciente tenía fobia a estar sola. "Siempre tenía problemas para desenvolverse" cuando su marido salía en viaje de negocios. No había recibido ninguna información sobre asuntos financieros y estaba convencida de que sus hijos pagarían las consecuencias. Describió como una "pesadilla" sus intentos para hacer frente a la pérdida de su marido.

Empleando el método de las "alternativas", lo que el terapeuta hizo en primer lugar fue listar los problemas (por ejemplo, hacerse cargo de las cuentas del banco, educar a los niños, la soledad, etc.). En todos los casos, la paciente concluyó que no sería capaz de resolver los problemas porque tampoco lo había logrado en el pasado. Decía, "Nunca se me han dado bien las matemáticas", "Nunca me ocupé de la disciplina de Jack", "Siempre me ha asustado quedarme sola en casa, por si ocurría algo".

Estas afirmaciones podían haber sido corregidas, en general, en el pasado; pero lo importante ahora era si la paciente iba a ser capaz de aplicar determinadas técnicas para hacer frente a los problemas en el presente. El terapeuta supo que la paciente no se había graduado en la escuela superior y que, de hecho, había estado sometida a un cierto dominio por parte de su marido, quien insistiría en "hacerse cargo de todo". Las soluciones alternativas elaboradas por la paciente pusieron de manifiesto una capacidad de resolución de problemas bien desarrollada. Por ejemplo, en el área de las fiananzas, se enteró de la existencia de algunos cursillos, preguntó cuál era el nombre del director de su agencia bancaria; asimismo, estaba considerando la posibilidad de buscar un empleo de secretaria. El terapeuta, tras subrayar una serie de alternativas, volvió a la creencia original de la paciente de que "no podría salir adelante sin su marido". En aquellos momentos la paciente había experimentado una notable mejoría de su estado de ánimo y estuvo de acuerdo en abordar una de las soluciones posibles para su problema financiero (hacer unos cursillos). Consiguió obtener un prestamo y este éxito desbancó la idea de incompetencia. Como consecuencia de este logro, la paciente se mostró deseosa de emprender nuevas soluciones para el resto de sus problemas.

Hemos de mencionar que la "búsqueda de soluciones" suele producir cambios en los efectos del paciente depresivo. El reconocimiento súbito de que su situación puede no ser tan "desesperada" es lo que explica dichos cambios. El objetivo del terapeuta, sin embargo, no puede conseguirse considerando simplemente enfoques alternativos para resolver problemas. El terapeuta también revisa la conclusión del paciente ("Nunca he hecho nada bien") desde un punto de vista objetivo. Aunque es altamente improbable que dicha conclusión sea válida, el paciente depresivo *cree* que lo es y puede presentar "evidencia a favor" de su fracaso o incompetencia. El terapeuta, por lo tanto, debe estar preparado para dejar al paciente el tiempo suficiente para integrar la nueva conclusión ("He aprendido algo, pero

necesito más asesoramiento en el área de las finanzas, en el de la educación infantil y para hacer frente a la soledad"). La búsqueda de vías alternativas para afrontar los problemas constituye una técnica muy importante en el tratamiento de los pacientes suicidas (véase el Capítulo 10).

La búsqueda de explicaciones alternativas proporciona otro enfoque ante los "problemas irresolubles". El paciente depresivo presenta un sesgo negativo sistemático a la hora de interpretar los acontecimientos. Pensar en interpretaciones alternativas le permite identificar y contrarrestar sus sesgos y sustituir las conclusiones anteriores por otras más objetivas. El resultado de la modificación producida en la manera de pensar es un cambio positivo en los sentimientos y en la conducta. El siguiente ejemplo ilustra los efectos que se producen al corregir el conjunto de cogniciones negativas.

Una estudiante de 22 años estaba convencida de que su profesor de Inglés le consideraba como "un fracaso". Para demostrar su punto de vista, trajo la copia de un ensayo que había hecho recientemente y por el que sólo había recibido un Aprobado, junto con dos páginas de críticas del profesor. Las paciente estaba muy disgustada por esta nota. Había redactado el ensayo durante un periodo de gran angustia, producida por la creencia de que "no podía obtener buenos resultados en el curso". Al recibir esta nota, la paciente consideró que había "demostrado que no podía conseguirlo" y estaba dispuesta a abandonar el curso.

El terapeuta mencionó dos puntos importantes referentes a las conclusiones de la paciente. Primero, la paciente estaba deprimida cuando escribió el ensayo, por lo cual podría pensarse que no lo hizo lo mejor que podía. De hecho, cuando ella reflexionó sobre la época en que había escrito el ensayo, recordó que se había sorprendido de haber llegado a terminarlo. Su ejecución y la calificación obtenida debían interpretarse, por lo tanto, en este contexto. Antes de tomar este curso de acción, sin embargo, el terapeuta decidió que era prioritario ayudar a la paciente a investigar la idea de que era un "fracaso".

El terapeuta buscó explicaciones alternativas de la calificación y de las críticas del profesor, siendo estas alternativas discutidas y evaluadas por la paciente. La evaluación consistió simplemente en que la paciente determinase el porcentaje de "credibilidad" de cada una de las explicaciones. La lista de explicaciones alternativas, en orden decreciente de "credibilidad" fue la siguiente:

1. "Soy un fracaso; no tengo ninguna aptitud para el Inglés". 90%
2. "El profesor está especialmente predispuesto en contra de las estudiantes". 5%
3. "Mi calificación era muy parecida a la del resto de los compañeros". 3%
4. "El profesor me hizo algunos comentarios críticos para orientarme sobre futuros ensayos y, por lo tanto, piensa que tengo ciertas aptitudes". 2%

Afortunadamente, el terapeuta convenció a la paciente de que buscara

más información antes de abandonar el curso. Le animó a llamar al profesor desde la propia consulta ("No hay mejor momento que el presente"). Gracias a la llamada telefónica, la paciente encontró que (1) la media de la clase era Aprobado y (2) el profesor pensaba que, aunque el estilo de su ensayo "dejaba mucho que desear", el contenido era bastante "prometedor". Además, le sugirió que podrían tener una conversación para explicarle sus críticas. Como resultado de esta nueva información, la paciente se animó algo más. En lugar de considerarse un "fracaso", comenzó a pensar que lo que le hacía falta eran algunas correcciones en su forma de escribir. Decidió acudir a alguien que pudiese guiarla y finalizar el curso.

Este ejemplo muestra los efectos que ejercen las interpretaciones negativas del paciente sobre sus sentimientos y su conducta. La paciente del ejemplo experimentaba una intensa disforia no sólo por haber obtenido una calificación mediocre, sino también porque, para ella, eso significaba que era un fracaso. Sin embargo, estaba preparada para *actuar* en relación con su conclusión negativa. El abandono del curso podría haber sido un gran error a la luz de la evidencia. De hecho, habría convencido a la paciente de la validez de la conclusión negativa referente a sus aptitudes. Cuando hubo explorado otras interpretaciones, logró tomar una decisión más razonable.

Tanto para la paciente como para el terapeuta resultó útil listar y evaluar las creencias de aquélla a la hora de formular hipótesis empíricamente comprobables. La paciente volvió a evaluar sus interpretaciones al final de la sesión y se dió cuenta de que había sobrestimado la hipótesis del "rechazo-falta de capacidad" a partir de una evidencia muy limitada. Es interesante observar que, una vez que la paciente se hubo formado una idea más adecuada de las críticas del profesor, dejó de prestar atención a la idea de que era un fracaso (que ya no le parecía plausible) para pasar a estudiar racionalmente los errores o incorrecciones en su forma de redactar. A diferencia del terapeuta que practica "el poder de los pensamientos positivos", el terapeuta cognitivo no intenta negar o ignorar la falta de objetividad y ajuste a la realidad.

Por supuesto, no siempre es posible que el paciente reuna los datos relevantes desde la propia consulta, como en este caso. Cuando sea factible, sin embargo, el esfuerzo valdrá la pena, ya que el progreso en otras áreas se verá dificultado si el paciente se siente abrumado por las ideas de rechazo. Si los datos no se pueden recoger desde la consulta, se asignará al paciente una "tarea de emergencia para casa"; esto es, obtener la información (por ejemplo, contactar con el profesor) y llamar al terapeuta lo antes posible. De este modo, existen menos oportunidades de que los pensamientos y conclusiones negativas contaminen otros aspectos de la vida del paciente. Incidentalmente, hemos observado que, cuanto mayor sea la discrepancia entre la conclusión incorrecta original y los datos reales recogidos por el paciente, mayor es el rechazo hacia la conclusión. En ocasiones, puede ser conveniente contar con una "persona significativa" o con un terapeuta auxiliar para ayudar al paciente a reunir los datos pertinentes fuera de la consulta.

Registro de pensamientos inadecuados

Anotar las cogniciones y las respuestas en columnas paralelas es un modo de comenzar a examinar, evaluar y modificar las cogniciones. El paciente recibe la instrucción de escribir sus cogniciones en una columna y, a continuación, una "respuesta razonable" a cada cognición en otra columna. Se pueden incluir columnas adicionales donde se especifiquen los sentimientos y conductas del paciente, así como la descripción de la situación que precedió a la cognición. En este sentido, y en función del número de columnas, la técnica puede ser de dos, tres,o incluso cuatro columnas. Se dispone de una hoja de registros para facilitar al paciente la tarea de anotar sus pensamientos e imágenes inadecuadas. Los encabezamientos de las columnas de esta hoja son: Datos, Situación, Emoción (es),Pensamientos automáticos, Respuesta racional y Resultado.

El terapeuta debe explicar detalladamente el empleo de la hoja, una vez que el paciente haya entendido la noción de pensamientos (o cogniciones) automáticos. Es conveniente ofrecer algunos ejemplos de cogniciones inadecuadas y respuestas racionales durante la sesión. El terapeuta también debe enseñar al paciente a evaluar el grado de sus experiencias emocionales y a determinar hasta qué punto cree en sus pensamientos automáticos. El fundamento teórico de este procedimiento consiste en enseñar al paciente a discriminar con más precisión sus emociones y sirve para asegurarse de que el paciente anota los pensamientos que resultan "extraños" (esto es, que tienen un bajo grado de credibilidad). Las evaluaciones, naturalmente, proporcionan un método para cuantificar los cambios en las respuestas emocionales y en los pensamientos del paciente. El registro Diario de Pensamientos Distorsionados es un instrumento muy útil para la terapia cognitiva. A medida que avanza el tratamiento, muchos pacientes consultan sus anotaciones para recordar los tipos de situaciones y errores de pensamiento que puedan mantener o acentuar la depresión.

El objetivo principal del terapeuta es ayudar al paciente a elaborar respuestas racionales a sus cogniciones negativas. El siguiente ejemplo muestra el empleo de la hoja de registros. Al irse anotando las situaciones y las cogniciones, el paciente experimenta un cierto alejamiento de los efectos que producen. El objetivo del terapeuta consiste en incrementar la objetividad del paciente respecto a sus cogniciones; demostrar la relación entre cogniciones negativas, sentimientos desagradables y conductas inadecuadas; y lo que es más importante, distinguir entre una interpretación realista de los acontecimientos y una interpretación distorsionada por significados idiosincráticos.

El terapeuta puede determinar el encabezamiento de las columnas en función de las necesidades concretas del paciente. El siguiente ejemplo ilustra tanto la adaptación de la técnica de las alternativas como la participación de una "tercera persona objetiva" que respondió a las cogniciones.

La paciente con una depresión de 6 años de duración estaba empleada en un Archivo de discos de Medicina.

Situación	*Sentimientos*	*Cogniciones*	*Otras interpretaciones posibles.*
Cuando fui a recoger datos para la revista del Archivo, la enfermera responsable de la unidad de cuidados coronarios se comportó de forma brusca y dijo: "Detesto los discos sobre medicina".	Tristeza Ligero enfado Soledad	No le caigo bien.	La enfermera jefe siempre suele estar de mal humor. Detestar los discos de Medicina no es lo mismo que odiarme a mí; en realidad detesta el trabajo administrativo. Experimenta grandes presiones por razones desconocidas. Hace mal en detestar los discos; podrían ser su única defensa en caso de pleito.

Una enfermera de 24 años con una depresión profunda presentó el siguiente registro poco después de haber sido dada de alta en el hospital:

Situación	*Sentimientos*	*Cogniciones*	*Otras interpretaciones posibles.*
Poco después de que me hubieran dado de alta en el hospital, asistí a una fiesta; Jim me preguntó: ¿Cómo te encuentras?".	Ansiedad.	Jim piensa que soy un caso perdido. Realmente debo tener muy mal aspecto para que él se preocupe.	Se preocupa porque verdaderamente le importo. Se ha dado cuenta de que tengo mejor aspecto que antes de ir al hospital y quiere saber si realmente me siento mejor.

En el Capítulo 13 se exponen más descripciones en relación con el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados.

Empleo del contador de pulsera

Hemos observado que, aunque no se dan cuenta de la naturaleza repetitiva y estereotipada de sus pensamientos automáticos negativos, el empleo de un instrumento técnico les ayuda a identificar y controlar sus cogniciones.

Para este propósito puede emplearse un Contador de Respuestas adaptado a partir de un contador de golf (parecido a un reloj de pulsera). Una vez que el paciente ha recibido instrucciones precisas del terapeuta para identificar los pensamientos automáticos y ha leído *Coping with Depression*, se le pide que anote sus pensamientos automáticos. Cuando el terapeuta piensa

que el paciente identifica correctamente sus cogniciones (y las distingue de los pensamientos "normales", adaptativos o neutros), pasa a mostrarle el empleo del contador de pulsera. Es esencial que el terapeuta efectúe comprobaciones periódicas para asegurarse de que el paciente registra las cogniciones que son relevantes para la terapia. Como se expone en *Cognitive Therapy Emotional Disorders* (Beck, 1976) y en *Coping with Depression*, estas cogniciones negativas tienen varias características específicas: (1) Son *automáticas*, -aparecen como si fuesen reflejas, sin ningún proceso de razonamiento previo; (2) son *irracionales e inadecuadas;* (3) al paciente le parecen completamente *plausibles* y las acepta como válidas: (4) son *involuntarias* -al paciente le cuesta bastante "detenerlas".

Con el tiempo, el terapeuta va descubriendo que cada paciente tiene sus propios pensamientos automáticos *idiosincráticos*. Para algunos pacientes, los pensamientos automáticos pueden tomar la forma de interpretación de las situaciones y los acontecimientos en términos de rechazo; otros pueden pensar constantemente en el fracaso; otros pueden hacer predicciones negativas relativas a las interacciones o actividades que van a emprender. Algunos, en fin, pueden perseverar en pensamientos de inutilidad, enfermedad, etc.

El empleo del contador es útil para demostrar al paciente el modo como sus pensamientos producen, mantienen o intensifican sus sentimientos negativos y otros síntomas de la depresión. Sin embargo, en algunos casos, el empleo del contador y el registro de los pensamientos automáticos está *contraindicado:* Cuando el paciente se halla tan inmerso en sus propios pensamientos negativos que es incapaz de concentrarse en algo distinto, se le debe entrenar en *ignorar* la cognición y concentrarse en la tarea que tenga entre manos.

CAPITULO 9
DETERMINACION DE LOS SINTOMAS OBJETIVO

Ya hemos discutido la importancia de aliviar en la medida de lo posible los síntomas del paciente, transformando sus quejas principales en *problemas resolubles* (Capítulo 5). Cualquiera de los componentes de la depresión que implique malestar o inmovilidad puede considerarse como un síntoma objetivo, el cual puede reformarse en términos de un problema resoluble. En los Capítulos 7 y 8 se especificaron procedimientos generales de tratamiento; en éste, delimitaremos el campo de intervención en relación con síntomas objetivo concretos. Dado que la selección de un objetivo central tiene en cuenta no sólo lo que el paciente percibe con sus problemas principales, sino también la posibilidad o facilidad de resolver éstos con prontitud, existen momentos en que ha de posponerse la consideración de los problemas más generales del paciente hasta que se hayan aliviado sus síntomas. Por ejemplo, un paciente se encontraba muy deprimido porque no encontraba trabajo; pero antes de poder abordar directamente este tema, el paciente debía mostrar una mayor actividad. Sólamente cuando el paciente se mostrase más activo y hubiese comenzado a sentirse mejor, sería capaz de afrontar la ansiedad social que le producía buscar trabajo.

Ya que la depresión incluye componentes efectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos, el terapeuta puede centrarse en uno de ellos o en la combinación de varios para conseguir la modificación del síndrome depresivo. Cada uno de los componentes mantiene una relación recíproca con los demás; por lo tanto, la mejoría en una de las áreas problemáticas afecta a las demás. En cada caso, la especificación del problema a tratar y las técnicas específicas que se van a emplear dependen de multitud de factores. El terapeuta debe discutir los objetivos con el paciente, a fin de llegar a un consenso sobre el problema "objetivo" y sobre los procedimientos a emplear. A continuación, el terapeuta cognitivo formula los problemas del paciente en términos de pensamientos e imágenes que subyacen en sus respuestas. Así, la primera tarea del terapeuta consiste en entender cómo los signos y síntomas de la depresión reflejan una profunda alteración en la organización cognitiva del paciente.

Como ya hemos mencionado, el individuo depresivo tiende a percibirse a sí mismo, sus experiencias y su futuro en un sentido negativo. Estas

concepciones negativas se ponen de manifiesto en el modo como el paciente malinterpreta sistemáticamente sus experiencias de acuerdo con los contenidos de su pensamiento. Las concepciones negativas del paciente influyen en los síntomas de la depresión: tristeza, pasividad, culpabilidad, falta de placer o agrado y tendencia al suicidio. Se establece un círculo vicioso: los pensamientos negativos, los sentimientos desagradables, la falta de motivación y, en general, la pasividad se refuerzan mutuamente. El terapeuta cognitivo rompe este círculo vicioso seleccionando uno o varios de los síntomas susceptibles de intervención terapéutica. El primer objetivo, por tanto, puede centrarse en uno o varios de los síntomas afectivos, cognitivos, motivacionales o conductuales. *(Para conseguir resultados duraderos, los supuestos inadecuados que subyacen a los síntomas deben ser modificados.)

Selección de objetivos y técnicas

La selección del conjunto de síntomas y de las técnicas a emplear puede llevarse a cabo en base a varias consideraciones:

1. El principio de la "colaboración terapéutica" suele sentar una buena base para la toma de este tipo de decisiones. El terapeuta puede delimitar varias áreas susceptibles de intervención y describir algunos de los procedimientos terapéuticos que parezcan más indicados. Tras una discusión, terapeuta y paciente pueden tomar una decisión conjunta (una vez que haya comprobado que el paciente no está demasiado encerrado en sí mismo como para participar en la toma de decisiones).

2. Generalmente, en las primeras fases del tratamiento y en el tratamiento de los pacientes depresivos más graves, es probable que las técnicas conductuales sean más recomendables que las estrictamente cognitivas. En este sentido, debería prestarse más atención a procedimientos como la programación de actividades, la asignación de tareas graduales y la práctica cognitiva que a la identificación y modificación de las cogniciones inadecuadas.

3. El terapeuta debe intentar conjugar el procedimiento con el nivel cultural del paciente, su estilo personal, etc.

4. La urgencia y gravedad relativas de los distintos problemas y síntomas son los factores que deben dictar la prioridad; es decir, el problema(s) que ha de tratarse en primer lugar.

* El inventario de Depresión de Beck (Beck, 1967, 1978) puede constituir un instrumento útil para elicitar los problemas de aquellos pacientes que tienen dificultad para centrarse en sus síntomas o en situaciones concretas. Hemos observado que casi todos los ítems del Inventario pueden constituir una puerta de acceso a los constructos inadecuados o distorsionados del paciente. Por ejemplo, cuestiones específicas referentes a puntuaciones altas en los ítems denominados Sentimiento de Fracaso, Momentos de Tristeza, Fatigabilidad, etc., suelen dar lugar a una gran riqueza de datos acerca de las autoevaluaciones negativas del paciente, de su fijación en carencias reales o que él imagina y de sus expectativas negativas referentes a cualquier actividad dirigida a un objetivo, respectivamente.

5. En cierto sentido, suele ser necesario poner en práctica el método de "ensayo y error". Al paciente debe decírsele: "Disponemos de varios procedimientos que han resultado útiles para solucionar distintos problemas. Podemos poner a prueba algunas de estas técnicas para encontrar la que mejor le sirva a usted. Aunque un método no nos resulte demasiado útil, siempre nos proporcionará información sobre otros métodos con mayor probabilidad de éxito".

En resumen, el procedimiento de centrarse en los problemas consiste en descomponer el complejo fenómeno de la depresión en sus problemas constituyentes, seleccionar los problemas concretos que se van a abordar y determinar el tipo de intervención terapéutica para el paciente. A continuación, figuran algunos de los principales síntomas objetivo.

Síntomas afectivos

Tristeza

La mayoría de los pacientes depresivos suelen informar de un cierto grado de tristeza e infelicidad. Algunos pacientes experimentan periodos alternantes de tristeza, en tanto que otros, incapacitados por la extrema gravedad de la depresión, no. Es posible que los pacientes describan estos sentimientos en términos de sensaciones corporales; por ejemplo, "Un sentimiento de tristeza impregna todo mi cuerpo". Se da la circunstancia de que el paciente experimenta este dolor psíquico en un momento en que su tolerancia y su capacidad para afrontar el dolor —de cualquier tipo— se sitúan a unos niveles muy bajos. Por esta razón, proporcionar al paciente un cierto alivio suele ser uno de los primeros objetivos de la intervención terapéutica.

Cuando se está trabajando sobre los efectos del paciente, el terapeuta debe conocer con exactitud el significado de lo que dice el paciente al describir sus sentimientos.

Los pacientes tienden a intensificar su tristeza utilizando expresiones como, "No puedo soportar este sentimiento", "Me siento muy mal todo el tiempo", "Siempre seré desgraciado", etc. El terapeuta puede valerse de cualquiera de los procedimientos cognitivos/conductuales descritos para ayudar al paciente a corregir estas distorsiones.

Las cogniciones que producen sentimientos de tristeza no siempre son fáciles de identificar. Es posible que el paciente no sea capaz de detectar los pensamientos que le producen sentimientos de tristeza. En estos casos, el terapeuta debe proporcionar al paciente otros modos de aliviar o reducir la disforia.

Por ejemplo, el terapeuta puede mitigar la tristeza induciendo al paciente a "sentir autocompasión". A propósito de este método, Beck (1976) escribió:

> Animar al paciente a expresar sus emociones negativas verbalizándolas o, incluso llorando reduce a veces la intensidad de éstas y hace que el paciente se sienta

> más aliviado, más como una "persona completa". (Evidentemente, algunos pacientes se sienten peor tras liberar sus emociones; por lo tanto, métodos como éste deben emplearse con suma precaución.) Cuando un paciente llora, es posible que sienta lástima de sí mismo. De este modo, sus cogniciones referentes a sí mismo pasan de ser actitudes de rechazo o de menosprecio a ser actitudes de compasión o lástima. Y la autocompasión es incompatible con el sentimiento de culpabilidad. (pág. 295).

Se puede acelerar el proceso a través de otras técnicas. Por ejemplo, contarle al paciente la historia de otra persona con un problema similar al suyo y con quien él pueda identificarse fácilmente puede suscitar su compasión. Sentir compasión por otra persona en condiciones parecidas puede ayudar al paciente a sentir compasión por sí mismo. Las técnicas de dramatización, como el role-playing, en las cuales el terapeuta asume el papel de paciente, también puede servirle a éste para cambiar su conjunto de cogniciones de autocríticas a compasivas.

Los procedimientos de autocompasión resultan especialmente útiles para los pacientes que sienten deseos de llorar, pero que son incapaces de hacerlo. Tradicionalmente a los hombres de nuestra cultura les resulta difícil llorar, pero, a medida que se van difuminando los roles sexuales, aumenta el número de mujeres con el mismo problema. El terapeuta puede descubrir experiencias personales propias para facilitar el llanto del paciente. Un paciente, por ejemplo, fue incapaz de derramar una sola lágrima al morir su esposa. Su muerte se produjo tras un prolongado y doloroso período de hospitalización. El paciente consiguió llorar y sentir autocompasión cuando el terapeuta refirió sus propios sentimientos de dolor y preocupación cuando su esposa estuvo hospitalizada a causa de un accidente.

Cólera Inducida

La experiencia de ira también puede contrarrestar los sentimientos de tristeza del paciente. Sin embargo, a no ser que se haga con mucho cuidado, el paciente puede culparse por su enfado y, de este modo, sentirse peor. En la consulta, el terapeuta puede emplear técnicas para inducir sentimientos de ira con objeto de aliviar la tristeza del paciente. No obstante, el objetivo final es enseñar al paciente a aplicar dichas técnicas para combatir los sentimientos de tristeza fuera de la consulta. Una vez que el paciente ha aprendido a aplicar estos procedimientos durante la sesión, recibe la instrucción de practicarlos entre una sesión y otra. Para impedir que el paciente se encolerice demasiado, recibe la instrucción de poner límites temporales a la expresión de los sentimientos de ira y, a continuación distraerse con alguna actividad.

Distracción

Los pacientes pueden valerse de la distracción para reducir (temporalmente) casi todos los sentimientos dolorosos. La distracción es especialmente eficaz para aliviar la tristeza. Cuando la distracción se entiende como una

habilidad para hacer frente a los problemas, el terapeuta le pide al paciente que evalúe el nivel de tristeza; a continuación, el paciente recibe la instrucción de concentrarse en un objeto determinado de la consulta y el nivel de tristeza: lo habitual es que este nivel haya disminuido en cierta medida.

Si el "ejercicio" de la consulta tiene éxito, se pide al paciente que practique ejercicios de distracción entre las sesiones. Se le dice que, cuando comience a sentirse triste, considere la tristeza como un indicio para llevar a cabo actividades que le distraigan. Estas actividades pueden consistir en dar un paseo, leer, conversar con alguien, llamar por teléfono, contemplar el paisaje, etc. A menudo ocurre que el paciente sólo es capaz de distraerse durante pocos minutos al principio. Como en otros procedimientos cognitivos, el paciente recibe la instrucción de comenzar dedicando poco tiempo; poco a poco, notará que le resulta más fácil incrementar la duración de las actividades distractoras.

En ocasiones, el paciente puede aprender a desviar su atención aumentando su disponibilidad sensorial. Este procedimiento consiste en que el paciente se concentre en el medio que le rodea, poniendo en juego cuantas modalidades sensoriales le sea posible: el gusto, el oído, el olfato, la vista y cualquier tipo de sensación corporal. El procedimiento suele ser eficaz para aquellos pacientes que experimentan pensamientos negativos recurrentes. Por ejemplo, un vendedor con disforia crónica llegó a controlar este tipo de pensamientos durante el trabajo aumentando su disponibilidad hacia los estímulos ambientales. Cuantas más modalidades sensoriales ponía en juego, menos pensamientos recurrentes experimentaba y, por lo tanto, mayor era la sensación de alivio.

Algunos pacientes emplean las imágenes visuales para distraerse: imaginan escenas agradables, como jugar al tenis en Florida o ganar a la lotería. Cuantos más detalles aparezcan en las escenas, más probable es que resulten afectivas. Una variante de este método consiste en que el paciente visualice mentalmente momentos pasados de felicidad o imagine escenas futuras en que ya no esté triste. Sin embargo, el empleo de las imágenes visuales suele ser perjudicial para los pacientes depresivos más graves, debido al predominio de los contenidos negativos en la interpretación de las experiencias cotidianas.

Humor

El humor suele ser un buen disractor de los sentimientos de tristeza del paciente. Muchos pacientes conservan el sentido del humor a pesar de su falta de alegría; en base a ello, el terapeuta ducho en poner de manifiesto el sentido gracioso de las situaciones puede distraer la atención del paciente, aunque sólo sea temporalmente, valiéndose del humor. Cuando un paciente depresivo capta el aspecto humorístico de una situación, suele ser un signo de que está desarrollando o aplicando una importante habilidad para hacer frente a los problemas.

En este procedimiento, los pacientes reciben instrucciones de buscar la

parte humorística o irónica de las situaciones siempre que comiencen a sentirse tristes. Por ejemplo, un paciente comenzó a sentirse triste cuando se dirigía hacia su coche por la mañana. Se detuvo y se dio cuenta de que estaba triste porque acababa de ver que el basurero, tras recoger la basura, dejaba el cubo tirado de cualquier forma; este hecho había desencadenado pensamientos sobre el odio que el paciente tenía a aquel barrio. En lugar de dejarse llevar por le tristeza, el paciente buscó algo de humor en la situación y observó que el nombre de la compañía de los camiones de basura era "Vile and Sons"*. Esta coincidencia le pareció tan divertida que contrarrestó satisfactoriamente su tristeza.

El recurso del humor y de otras formas de distracción quizá no sea la solución ideal a los problemas del paciente. Sería preferible conseguir cambios actitudinales a largo plazo. Sin embargo, muchas veces es necesario lograr una mejoría en el funcionamiento y en el estado de ánimo del paciente antes de pasar a aplicar soluciones más generales y duraderas. El conocimiento de que posee recursos adecuados para hacer frente a la tristeza suele producir en el paciente la sensación de que puede ejercer un cierto control, lo cual se traduce en un sentimiento de seguridad y bienestar.

Limitación de las Expresiones de Disforia

Las personas aquejadas de problemas psíquicos, igual que las que padecen alguna enfermedad física, suelen sentirse aliviadas cuando comentan sus sufrimientos con otras personas. Dado que la atención por parte de los demás no es la causa de la tristeza, como muchos parecen creer, las conversaciones prolongadas o frecuentes sobre estos sentimientos suelen intensificarlos. Al comentar con otros sus problemas, los pacientes se están centrando innecesariamente en los sentimientos de tristeza. Además, si los pacientes están constantemente hablando de sus sentimientos, pueden producirse tensiones en la relación con sus amigos y familiares. Por estas razones, se pide a los pacientes que restrinjan sus manifestaciones de infelicidad.

Después de presentar las razones y el fundamento teórico de la restricción de dichas expresiones, el terapeuta puede pedir al paciente que registre el tiempo que pasa hablando de sus sentimientos, ya que muchos pacientes no se dan cuenta de cuán frecuente es en ellos este comportamiento. El paciente puede buscar la ayuda de otras personas a la hora de modificar su conducta; por ejemplo, a las personas que continuamente le preguntan cómo se siente, puede decirles que agradece su preocupación, pero que está intentanto no hablar tanto de sus problemas. Si es necesario, el terapeuta puede tratar este tema con las personas significativas para el paciente.

En algunos casos, hemos asignado un periodo de tiempo del día determinado para "sentirse mal". Por ejemplo, el terapeuta puede sugerir al paciente que trate de posponer la experiencia de sus sentimientos hasta

* "Vile" puede traducirse como "Sucio". Por lo tanto, el nombre de la compañía de los camiones de basura sería "Sucio e Hijos" (N. del T.).

última hora de la tarde, pongamos de 7-8. Los pacientes a quienes se ha asignado esta tarea parecen esperar la ocasión de "sentirse mal", actuando más adaptativamente durante el resto del día.

"Construir un Piso" bajo la Tristeza

Otro procedimiento útil consiste en enseñar al paciente a aumentar su tolerancia a los sentimientos de disforia. Este método es recomendable en el tratamiento de emociones negativas, como la ansiedad. En lugar de, o en respuesta al pensamiento, "No puede soportarlo", se anima al paciente a que se diga a sí mismo, "Soy bastante fuerte para aguantarlo" o "Voy a ver cuánto tiempo soy capaz de soportarlo". A base de práctica, las personas aprenden a aumentar su tolerancia ante casi cualquier forma de malestar.

Al paciente se le puede decir que, aumentando su tolerancia a la tristeza, se fortalece y se "autoinocula" contra posibles momentos futuros de disforia. Observando que realmente es capaz de tolerar niveles altos de disforia sin sentirse demasiado alterado, el paciente suele experimentar un mayor sentimiento de control que, en sí mismo, detiene los efectos de la tristeza. Para afrontar la tristeza, los pacientes suelen recurrir a mecanismos conductuales desadaptativos, como dormir demasiado, comer o beber en exceso, etc. El paciente puede fortalecer su tolerancia a la tristeza incrementando el tiempo transcurrido entre el sentimiento de tristeza y la puesta en práctica de estos "antídotos". Paralelamente, posponer la puesta en marcha de medidas adaptativas también ayuda a incrementar el nivel de tolerancia.

Dado que se espera que el paciente siga experimentando distintos grados de tristeza mientras dure la depresión, es importante que aplique algunas estrategias que eviten *el agravamiento de la disforia*. La comprobación de que es capaz de contener la fuerza de sus sentimientos de tristeza sirve como antídoto para el pensamiento, "La tristeza cada vez va a más, llegará a hacerse insoportable".

Una técnica sencilla aplicable a los pacientes que experimentan momentos especialmente difíciles a una determinada hora del día (por ejemplo, a primera hora de la mañana) consiste en elaborar un programa de actividades distractoras para ese periodo de tiempo. Por ejemplo, un autor asignó la tarea de subrayar capítulos y escribir el mayor número de párrafos posible entre las 6 y las 8 de la mañana —el periodo de disforia más intenso de su paciente. Una ama de casa llenaba este mismo periodo de tiempo haciendo las labores domésticas. Los fines de semana, particularmente problemáticos para esta misma paciente, los empleaba para distintas actividades sociales.

Las tareas distractoras no sólo hacen que el paciente experimente la disforia en menor medida, sino que también son positivas porque desvían los pensamientos del paciente, impidiendo que los contenidos de éstos giren en torno a interpretaciones del significado de la disforia.

Para contrarrestar la tendencia del paciente a atribuir significados de "catástrofe" o autocondenación a su estado de ánimo, suele resultar muy útil una técnica específicamente cognitiva. Hemos observado, por ejemplo, que

algunos individuos se censuran por sentirse tristes, lo cual hace que se sientan peor. Una paciente que se acababa de mudar de un piso que estaba en una zona ruidosa a un chalet en las afueras de la ciudad, se culpabilizaba por sentirse mal. Sus pensamientos eran, "Disponemos de un montón de habitaciones, jardín, mucho sitio para que jueguen los niños y bastante intimidad. *Debería ser feliz*". En realidad, lo que ocurría es que la mudanza había supuesto prácticamente el fin de la relación con sus antiguos vecinos, con quienes había llegado a intimar bastante; por otro lado, había sido una época de trabajo agotador.

El terapeuta señaló que sus sentimientos de tristeza se habían intensificado debido a sus autoacusaciones:

> Todos tenemos una amplia variedad de sentimientos. Habitualmente, los sentimientos de tristeza surgen cuando se producen pérdidas de primordial importancia. Respecto a la mudanza, usted reaccionó bien al principio —por ejemplo, pensó en la pérdida inmediata de sus amigos y vecinos, y esto le hizo sentirse triste. Pero entonces, se precipitó de la tristeza a la depresión con sus "debería" y sus reproches. Usted se dice, "Debería sentirme feliz ... ¿Por qué no estoy contenta en esta casa nueva y bonita? Algo me pasa".

Al principio, la paciente se sorprendió de que el deber de ser feliz no fuese realista. Una vez que asumió los comentarios del terapeuta sin embargo, fue capaz de controlar los sentimientos de tristeza diciéndose, "Es natural que me sienta triste durante una temporada. Pero hay varios vecinos a quienes me gustaría conocer mejor ... En realidad tiene más sentido que ahora me sienta triste que si estuviera contenta".

Este caso ilustra la situación de una persona tiranizada por los "deberes" que la sociedad impone implícitamente. El código social dictamina que una persona debe sentirse feliz bajo circunstancias que realmente pueden producir tristeza o infelicidad (al menos, a corto plazo). La persona que tiene tendencia a censurarse o culpabilizarse llega a la conclusión de que el no responder de la forma esperada —con una respuesta de agrado— es síntoma de una anomalía en su carácter y de que *nunca* podrá ser feliz. Al darse cuenta de que una determinada decisión (por ejemplo, mudarse) no es fatal y de que las pérdidas inmediatas se paliarán con otras ganancias a largo plazo, el paciente logra mitigar, en lugar de exacerbar, sus sentimientos de tristeza.

Períodos de Llanto "Incontrolable"

Los períodos de llanto son un síntoma frecuente en la depresión. Habitualmente se da más en las mujeres. En ocasiones, los pacientes se sienten mejor después de haber llorado, pero generalmente lo que ocurre es que se deprimen aún más. Algunos pacientes lloran hasta tal punto que la comunicación con los demás y, por tanto, con el terapeuta se ve seriamente impedida.

Suele suceder que los pacientes lloran en algún momento de la terapia. Si el terapeuta no reacciona de un modo desmesurado, no constituye ningún problema. Algunos pacientes lloran durante la sesión porque creen que es lo que se espera de ellos. Esta idea equivocada puede corregirse con facilidad. El terapeuta también debe estar atento a cualquier signo de azoramiento o vergüenza que pueda presentar el paciente después de haber llorado. Esta reacción se da con más frecuencia en los pacientes varones.

El hecho de llorar no suele ser la principal preocupación del paciente. Pero si este síntoma entorpece la comunicación verbal, ha de aplicarse una solución para que el terapeuta pueda recoger la información relevante. La estrategia suele consistir en que el paciente aprenda un procedimiento de autocontrol que le permita evitar el llanto. Esta estrategia puede incluir entrenamiento en distracción, autoinstrucción activa para *no* llorar y la fijación de unos límites temporales para el llanto.

Una paciente lloraba tanto durante las sesiones que la terapia propiamente dicha prácticamente no tenía lugar. El llanto también constituía un problema para su tratamiento fuera de la consulta; era incapaz de mantener una conversación sin llorar. Después de probar varios procedimientos de autocontrol sin ningún éxito, el terapeuta estructuró las sesiones (con el consentimiento de la paciente) de modo que la paciente disponía de tres periodos de tres minutos para poder llorar: uno al principio, otro hacia la mitad y el tercero al final de la sesión. Este procedimiento resultó satisfactorio para controlar los periodos de llanto de la paciente, tanto en la consulta como fuera de ella. Tras varios ensayos de "llanto controlado", la paciente dijo que se había dado cuenta de que podía controlarse. Además, la capacidad para controlarse aumentó su sentimiento de seguridad y mejoró su autoimagen.

Sentimientos de Culpabilidad

Ya que el sentimiento de "estar haciendo las cosas mal" se basa en patrones arbitrarios e idiosincráticos, el terapeuta debe evitar llegar a conclusiones sobre la fuente de los sentimientos de culpabilidad del paciente. Una paciente, por ejemplo, manifestó que se sentía culpable respecto al sexo. Una explicación más profunda indicó que en realidad no se sentía culpable por sus diversas "aventuras" extramatrimoniales, sino porque se masturbaba. Cuando los pacientes no admiten un sentimiento de culpabilidad por una "conducta antisocial", el terapeuta no debe suponer simplemente que el paciente está reprimiendo sus sentimientos de culpabilidad.

Algunos pacientes pueden sentirse más culpables por pensamientos o deseos que por acciones. Una paciente, por ejemplo, no se sentía culpable por tener relaciones con un hombre casado, pero sí por desear que su esposo, que estaba enfermo, muriese. El terapeuta observó que los pensamientos no son acciones y que, como la paciente no era omnipotente, sus deseos no podían influir en la realidad. También explicó que su deseo, aunque contrario a su sistema de valores, era comprensible dada la esperanza de casarse con su amante.

El sentimiento de culpa de un paciente se debe frecuentemente a que se

supone —de forma poco realista— responsable de la conducta de otras personas.

Preguntando simplemente al paciente *por qué* es responsable, el terapeuta le obliga a examinar la naturaleza de su excesivo sentido de la responsabilidad. Puede ser conveniente obtener información adicional para ayudar al paciente a modificar su interpretación de las situaciones, cuando ésta genera sentimientos de culpabilidad. Este procedimiento se aplicó con éxito en el caso de una paciente que se sentía culpable del suicidio de su hija.

TERAPEUTA: ¿Por qué es usted responsable del suicidio de su hija?

PACIENTE: Debí haberme dado cuenta de que ella pensaba suicidarse.

T: Hay autores que llevan muchos años estudiando sobre el suicidio y todavía no se puede predecir con exactitud cuándo una persona se va a suicidar.

P: Pero yo *debí* haberme dado cuenta.

T: Creer que usted debía saber lo que es imposible saber es contrario a las leyes de la naturaleza. Todo lo que sabemos es que su hija cometió un error al decidir suicidarse y que usted lo está cometiendo al sentirse responsable de su muerte.

Hemos observado que las madres (más que los padres) tienden a sentirse en gran medida responsables de las deficiencias, dificultades o "defectos" de sus hijos. En contraposición, los hombres tienden más a sentirse responsables de los problemas en el terreno laboral. La "madre culpable" suele buscar tratamiento en el momento en que sus hijos ya son adultos o adolescentes; se siente culpable por el deseo de emanciparse de sus hijos, ya que sigue albergando el sentido de la responsabilidad y la obligación que tenía cuando eran pequeños.

Algunos pacientes creen que el sentimiento de culpa les impide llevar a cabo conductas contraproducentes y antisociales. No se dan cuenta de que actuar en función de los propios intereses tiene consecuencias positivas (incluyendo las conductas presociales) y actuar de otro modo también puede tener consecuencias negativas. Muchas veces, los sentimientos de culpa añaden una carga innecesaria que puede incrementar la conducta contraproducente. Un ejemplo clásico es el del alcohólico que se siente culpable por beber; y como se siente culpable, bebe para olvidar su culpabilidad. Si el paciente lleva a cabo algún tipo de conducta contraproducente, como fumar o beber en exceso, y se siente culpable por ello, su atención debe orientarse a controlar esta clase de conductas y las autocríticas por fracasar a la hora de conseguir este objetivo.

Vergüenza

Muchos pacientes sienten vergüenza a causa de algún aspecto "socialmente indeseable" de su personalidad o de su conducta. A diferencia de los sentimientos de culpabilidad, motivados por una supuesta infracción de los

códigos *ético o moral* por parte del paciente, la vergüenza surge de la creencia del paciente de que le juzgan como infantil, débil, loco o, en general, inferior. Así, los comportamientos que el paciente supone les van a parecer ridículos a los demás son los que inician la secuencia: "Parezco un loco"→"Es terrible parecerlo"→vergüenza. Ya que los pacientes no suelen admitir espontáneamente que se sienten avergonzados, el terapeuta necesita indagar acerca de este sentimiento. El terapeuta puede explicar que la vergüenza, hasta cierto punto, la crea uno mismo. Para dejar claro que el propio paciente se autoinduce sentimientos de vergüenza, el terapeuta puede preguntarle: (a) ¿Existen cosas de las que usted se avergonzase en el pasado y ahora no? (b) ¿Existen cosas de las que usted se avergüenza y otras personas no? (c) ¿Existen cosas de las que otras personas se avergüencen y usted no?

Puede decirse al paciente, que si adopta una filosofía de "antivergüenza", logrará poner fin a muchos de sus problemas. Por ejemplo, cuando el paciente comete un error que le parece vergonzoso, puede realizar un ejercicio de "antivergüenza" simplemente reconociendo el error, en lugar de ocultarlo. Si continúa con esta "política abierta" durante cierto tiempo, su tendencia a sentirse avergonzado disminuirá. Además, se volverá menos inhibido y más flexible y espontáneo en sus respuestas.

En el siguiente diálogo se ilustra cómo el terapeuta puede ayudar al paciente a superar los sentimientos de vergüenza por estar deprimido:

PACIENTE: Si mis compañeros de trabajo supieran que estoy deprimido, pensarán mal de mí.

TERAPEUTA: Aproximadamente un 10% de la población sufre una depresión en algún momento de su vida. ¿Qué hay de vergonzoso en ello?

P: Los demás piensan que los depresivos son inferiores.

T: Está usted confundiendo una condición psicológica con un problema social. Según lo que usted dice, resulta que se culpa a la víctima. Incluso aunque los demás pensaran mal de usted —aparte de su propia ignorancia y de su modo infantil de clasificar a las personas—, no tiene por qué aceptar su evaluación. Usted se sentirá avergonzado cuando se aplique a sí mismo el sistema de valores de los demás, es decir, si usted piensa *realmente* que es vergonzoso.

Se pueden aplicar otros procedimientos, como por ejemplo hacer que los pacientes anoten las ventajas e inconvenientes de manifestar vergüenza.

Cólera

Los sentimientos depresivos de cólera no son uno de los problemas típicos del paciente depresivo. Algunos de ellos experimentan más ira cuando comienzan a sentirse mejor. Este período de cólera excesiva suele ser de corta duración e indica que el paciente está progresando. Sin embargo, existen pacientes cuyos enfados aparecen al principio y son persistentes. En estos casos, muchos de los procedimientos —la distracción, el incremento de

la tolerancia, etc. que se emplean con otras emociones negativas pueden también aplicarse. Los pacientes pueden aplicar las técnicas de relajación cuando comiencen a enfadarse. Goldfried y Davison (1976) proporcionan una excelente descripción de las técnicas de relajación.

Se enseña al paciente a emprender alguna actividad cuando comience a sentirse enfadado. Como señala Novaco (1975), la persona malhumorada suele estar abrumada por pensamientos que giran en torno a la intolerancia hacia otros y a una necesidad de venganza. Se anima al paciente a que se tranquilice. Frecuentemente se le enseña a incrementar su capacidad de empatizar con la otra persona; así, puede surgir en el paciente un conjunto de cogniciones de aceptación que son incompatibles con la cólera.

Por ejemplo, una estudiante universitaria solía ponerse furiosa contra su padre porque éste no aprobaba la vida poco convencional que ella llevaba. El terapeuta preparó un role-playing en el que la paciente representaba el papel de su padre; así, ella se dió cuenta de que su padre pensaba que estaba cometiendo "un terrible error" y arruinando su vida. También se dió cuenta de que la conducta de su padre reflejaba su preocupación y su cariño por ella.

Ansiedad

Con frecuencia, los pacientes manifiestan ansiedad como un problema que acompaña a la depresión o que surge cuando la depresión va desapareciendo. Algunos pacientes se ven demasiado afectados por la ansiedad porque no clasifican correctamente sus emociones. El terapeuta puede aliviar a estos pacientes simplemente identificando los síntomas como ansiedad y asegurándoles que, aunque estos sentimientos sean molestos, no son peligrosos. Este procedimiento ayuda a quitar importancia a la ansiedad y a evitar que el paciente experimente ansiedad por la ansiedad.

El primer paso en el tratamiento de la ansiedad es animar al paciente a controlar este síntoma. Además de registrar las variables situacionales, como la hora, el lugar, las circunstancias, etc., se pide al paciente que evalúe el grado de ansiedad experimentado durante un cierto periodo de tiempo. Este procedimiento se lleva a cabo pidiendo al paciente que represente gráficamente el nivel de ansiedad en "unidades subjetivas de ansiedad" de 0 a 100 en un eje y la "hora" (habitualmente en intervalos de media hora) en el otro. La gráfica resultante proporcionará al terapeuta una información muy valiosa y mostrará al paciente que la ansiedad suele estar producida por la situación exterior y que tiene una *duración limitada.* Muchas veces, los pacientes en medio de un ataque de ansiedad piensan que nunca desaparecerá.

Se puede enseñar a los pacientes diversas técnicas de autocontrol para hacer frente a la ansiedad. Generalmente, el mejor antídoto de la ansiedad es la actividad física. Las actividades físicas repetitivas, como botar una pelota, saltar a la cuerda o correr, suelen ser recomendables. A algunos pacientes les alivia realizar actividades como limpiar la casa o trabajar en el jardín.

La distracción es un modo de disminuir el nivel de ansiedad. Dos miembros de nuestro equipo que estaban en un embotellamiento de tráfico

consiguieron reducir su ansiedad —generada por la posibilidad de perder el tren— gracias a una complicada fórmula para predecir cuántos coches de los que estaban delante de ellos pasaban mientras el semáforo estaba verde. Se les puede decir a los paciente que compren rompecabezas de bolsillo o que presten atención a lo que ocurre a su alrededor cuando comiencen a sentir ansiedad. Los pacientes que se concentren demasiado en la ansiedad pueden necesitar formas de distracción más tajantes. Algunos pacientes han empleado campanillas o cascabeles para distraerse de la ansiedad.

Muchos de los procedimientos empleados para modificar los pensamientos depresivos también son eficaces en el tratamiento de la ansiedad. El procedimiento típico en que el paciente evalúe el nivel de ansiedad de una situación anticipada. A continuación, después de discutir modos más realistas de hacer frente a la situación, el paciente evalúa de nuevo la ansiedad. En su momento, evaluará la ansiedad experimentada de hecho en la situación real. A menudo sucede que los pacientes no se dan cuenta de que la ejecución de una persona puede ser adecuada aun cuando experimente ansiedad. Muchos estudios han mostrado que los niveles altos de ansiedad no tienen por qué impedir necesariamente que una persona realice una buena ejecución en situaciones generadoras de ansiedad.

Con frecuencia, los pacientes se olvidan de los "factores de salvamento" en las situaciones ansiógenas. El paciente que teme las averías del automóvil en carreteras solitarias pasa por alto la existencia de teléfonos de emergencia, vehículos remolcadores, etc. Paralelamente, la persona que experimenta ansiedad social olvida la empatía que los demás suelen sentir hacia la persona que padece ansiedad. Es más, el paciente ansioso no suele darse cuenta de que la mayoría de las situaciones pueden dar lugar a un amplio rango de resultados neutrales o incluso positivos; el hecho de que un dependiente no consiga hacer una venta no significa que el cliente vaya a cortarle la cabeza.

Generalmente, el terapeuta ha de preguntar sobre las imágenes visuales del paciente ansioso, ya que éste no suele ofrecer información acerca de sus fantasías espontáneamente. Es frecuente encontrar que los pacientes ansiosos imaginan con una gran viveza las escenas de "catástrofes" (Beck, 1976). Puede acudirse a una amplia variedad de métodos para controlar estas imágenes modificando el contenido visual. Una paciente que temía a su jefe lo imaginaba como un monstruo. Logró modificar esta imagen por otra en que el jefe aparecía como un cordero.

Como ocurre con otros estados afectivos negativos, el terapeuta tiene que descubrir específicamente qué es lo que asusta al paciente de una determinada situación. Las categorías como "fobia a los aviones" o "fobia a la escuela" son demasiado generales y difusas a efectos terapéuticos. Muchas veces, al ayudar a los pacientes a crear el escenario concreto de una situación ansiógena, es cuando surge el miedo principal. Por ejemplo, el propietario de una tienda experimentaba ansiedad porque tenía que hacer un viaje de negocios a Nueva York. Una exploración más profunda reveló que lo que le asustaba era tener que decir "no" a los mayoristas. Una vez aislado este

problema, el terapeuta preparó un role-playing para desensibilizar al paciente.

Puede ocurrir que algunos pacientes deban incrementar su nivel de tolerancia a la ansiedad. Si estos pacientes evitan las situaciones generadoras de ansiedad, están perdiendo la oportunidad de poner a prueba sus pensamientos inadecuados. Se les dice que, buscando estas situaciones o, simplemente, "soportándolas", se desensibilizarán. Muchas veces, los pacientes evitan las situaciones que perciben como peligrosas, no llegando así a ninguna solución*.

Síntomas motivacionales

Pérdida de la Motivación Positiva e Incremento de la Tendencia a la Evitación.

La ausencia de motivación del paciente para llevar a cabo incluso las tareas más simples suele ser uno de los síntomas principales de la depresión. El paciente sabe lo que tiene que hacer, pero no tiene el deseo o estímulo interno para hacerlo. En la mayoría de los casos, el paciente permanece inmóvil porque cree que es incapaz de realizar la actividad o que no recibirá ningún tipo de satisfacción al hacerlo. La pérdida de la motivación positiva suele ir acompañada de una fuerte tendencia a *evitar* actividades constructivas. Esta tendencia a la evitación se pone de manifiesto en las reacciones negativas del paciente en relación con las tareas para casa (ver Capítulo 13).

Las técnicas cognitivas y conductuales expuestas en capítulos anteriores pueden emplearse para ayudar al paciente a superar los bloqueos motivacionales. La estrategia general consiste en que el paciente trate de realizar la actividad evitada sobre una base experimental. El "experimento" puede servir para corregir los pensamientos erróneos del paciente y proporcionar experiencias satisfactorias. Obviamente, el éxito es un factor motivante. Cuando el paciente se da cuenta de que puede ejercer control sobre algún aspecto de su vida, es más probable que también intente controlar otros.

A los pacientes con problemas motivacionales graves les resulta útil el método de autoinstrucción desarrollado por Low y su equipo (1950). En este método, el paciente se da a sí mismo instrucciones concretas para poner su cuerpo en acción. Por ejemplo, un paciente que tuviese problemas para levantarse de la cama diría, "Piernas ... moveos ... alcanzad el suelo ... Músculos ... moveos". A algunos pacientes les resulta extraordinariamente útil este procedimiento, mientras que a otros, no. La técnica de Low se discute con más detalle en el Capítulo 13.

Con frecuencia, el paciente desea evitar o escapar de sus rutinas y quehaceres habituales. Una actitud de desesperanza suele estar a la base de este síntoma. Dado que la desesperanza, la tendencia al suicidio y el deseo de escapar son síntomas característicos y cruciales en la depresión, se tratarán en profundidad en capítulo siguiente.

* En el Centro de Terapia Cognitiva tenemos disponible un extenso manual para el tratamiento cognitivo de la ansiedad (ver Apéndice).

Dependencia

La dependencia excesiva es uno de los síntomas principales de la depresión. El paciente depresivo suele presentar una marcada tendencia a pedir ayuda a los demás para realizar sus actividades cotidianas. Este deseo de ayuda, que puede tomar la forma de quejas o exigencias, generalmente excede la necesidad real de ayuda del paciente. Aunque el hecho de conseguir la ayuda solicitada puede aportar al paciente un alivio temporal, también puede reforzar su dependencia y su falta de seguridad.

En ocasiones resulta conveniente que el terapeuta explique al paciente la diferencia "adaptativa" y dependencia "regresiva". Pretender aprender modos de hacer frente a la depresión es una forma de dependencia adaptativa; el paciente tiene un problema que es incapaz de resolver por sí solo y, por lo tanto, solicita ayuda de un experto. Por otra parte, la dependencia regresiva se manifiesta al buscar ayuda para algo que el individuo es capaz de hacer por sí mismo. La dependencia regresiva refuerza la idea de inutilidad que tiene el paciente.

A veces los pacientes se sienten preocupados por si llegan a depender demasiado del terapeuta. Este debe aclarar que el propósito de la terapia es proporcionarles los instrumentos necesarios para ser más independientes. Aprendiendo nuevas formulas de pensamiento y nuevas habilidades para resolver problemas, el paciente será menos dependiente de otras personas.

Si no se tienen garantías, la dependencia adaptativa puede degenerar en dependencia destructiva. Esta tendencia se pone de manifiesto en el paciente que aprende a tolerar la depresión, pero continúa insistiendo en que el terapeuta solucione todos sus problemas. (Algunas medidas para hacer frente a este problema específico se exponen en el Capítulo 15, sobre la terminación de la terapia).

Los pacientes con problemas de dependencia reciben entrenamiento en confianza en sí mismos (ver Emery, en prensa). El procedimiento consiste en enseñar al paciente a ser cada vez más responsable de sus actos y de la modificación de sus reacciones emocionales. Al principio, el paciente vuelve a instaurar sus actividades independientes anteriores, como, por ejemplo, hacerse la cama. A medida que va mejorando, se va incrementando el ámbito de actividades independientes. Al paciente que cree que sólamente puede divertirse estando con otros, se le anima a que vaya al cine, al museo o a que salga a cenar solo. En este procedimiento, el paciente debe intentar hacer por sí solo el mayor número de actividades posible. Esta tarea puede incluso trascender los estereotipos sexuales: el varón puede cocinar o hacer las labores domésticas y la mujer, llevar a cabo algún trabajo en el jardín o reparar el coche.

El paciente puede acudir al amplio repertorio de técnicas cognitivas para aumentar la confianza en sí mismo. En este repertorio se incluye la puesta en práctica de experimentos para ver si es capaz de hacer más de lo que creía, así como la eliminación de pensamientos de desánimo, como: "¿Para qué molestarse?", "Es demasiado difícil", "Que lo haga otro" y "No

tengo tiempo". En muchas ocasiones sucede que el paciente aumenta radicalmente la confianza en sí mismo poniéndose en situaciones en las que se vea forzado a tener seguridad en sí mismo, por ejemplo, pasar un fin de semana solo en otra ciudad. A lo largo del día, una persona se enfrenta a numerosas situaciones en las que puede *elegir ser dependiente o independiente.* Una estrategia típica consiste en hacer que el paciente registre el número de veces que elige la independencia y que gradualmente lo vaya incrementando.

El papel del entrenamiento en autoconfianza en el tratamiento cognitivo de la depresión es similar al papel de entrenamiento en asertividad. Antes de la depresión, el paciente tenía un repertorio adecuado de conductas asertivas e independientes; sin embargo, ya deprimido, presenta un déficit en ambas áreas. En este momento, la falta de asertividad y la dependencia se convierten en síntomas objetivo, haciéndose necesario el entrenamiento en asertividad y/o autoconfianza. Cuando la depresión va cediendo, el paciente gradualmente dejará de necesitar estas formas especiales de intervención.

Algunos pacientes, sin embargo, siguen siendo excesivamente dependientes o poco asertivos tras desaparecer la depresión. Quizá necesiten un entrenamiento adicional en asertividad o autoconfianza. Suele ocurrir que el paciente aún mantiene algunos supuestos incorrectos en torno a la asertividad o la dependencia. Un entrenamiento especial puede servir para debilitar dichos supuestos. Por ejemplo, el entrenamiento en asertividad puede ayudar al paciente que cree que es necesario caer bien a todo el mundo para ser feliz; el entrenamiento en autoconfianza puede ayudar al paciente que piensa que no es capaz de hacer nada sin la ayuda de los demás.

Síntomas cognitivos

La importancia de las cogniciones de un paciente en el mantenimiento de la depresión se ha mencionado en el Capítulo 1. En los Capítulos 2-8 se han descrito varias técnicas para tratar las cogniciones inadecuadas o distorsionadas. En este apartado nos centraremos en los problemas cognitivos que no se han mencionado antes.

Indecisión

A menudo la toma de decisiones contituye un problema para los paciente depresivos. El paciente suele creer que su trabajo, su familia o las situaciones exteriores son *la causa* de su depresión y, consecuentemente, que, si abandona la situación problemática, la depresión desaparecerá; pero no está demasiado seguro de lo acertado de esta decisión. Otro tipo de problema también muy frecuente surge cuando ha cambiado algún aspecto de la vida del paciente —un nuevo empleo, la mudanza a otra casa, etc.— y no ha quedado satisfecho. El paciente cree que, si invierte el cambio, dejará de estar deprimido. En general, el terapeuta le dice al paciente que no es aconsejable tomar decisiones importantes mientras se está deprimido. En casi todos los casos, las decisiones importantes pueden posponerse sin consecuencias negativas. También le dice que, al estar funcionando por debajo de su

capacidad normal, no está en las mejores condiciones para tomar decisiones a largo plazo. Además, es posible que vea su vida de un modo diferente que antes de la depresión.

En el caso de decisiones importantes que no puedan esperar, terapeuta y paciente hacen una lista con las ventajas e inconvenientes de cada alternativa, usando esta lista como una guía para la toma de decisiones. En este procedimiento, el paciente lista las distintas opciones de la decisión y las posibles consecuencias de cada una.

En muchas ocasiones, el paciente no toma decisiones debido a los resultados negativos que prevé. En los casos en que todas las opciones sean igualmente aceptables, se anima al individuo depresivo a tomar una decisión. Existen varias técnicas bastante sencillas para ayudar al paciente a tomar este tipo de decisiones. Una de ellas consiste en que el paciente haga una lista de las alternativas en orden alfabético y elija la primera de la lista. En otras ocasiones, se trata de lanzar una moneda al aire. Lo principal es que el paciente tome una decisión y comience un curso de acción.

Muchas veces, los pacientes depresivos creen que deben tener certeza absoluta de lo acertado de una decisión. El terapeuta debe aclarar que la certeza absoluta no existe en la vida. No se puede asegurar que los acontecimientos favorables o desfavorables vayan a ocurrir o no. No obstante, terapeuta y paciente pueden investigar más a fondo algunas de las alternativas. Al paciente debe decírsele que muchas veces ninguna de las opciones es necesariamente "errónea", sino que son simplemente distintas. Cada una de ellas tiene unas consecuencias diferentes. También suele ser una buena estrategia comprobar si el paciente tiene tendencia a estructurar la decisión como una situación sin ganancias. Por ejemplo, un paciente no se decidía entre ir a una gran Universidad o ir a una más pequeña. Veía los inconvenientes de cada una de las dos alternativas, pero no las ventajas. En la terapia, se le enseñó a evaluar las ventajas de las dos alternativas, así como algunas medidas para modificar ganancias por una situación "sin pérdidas".

A continuación, se expone un procedimiento para aplicar a las situaciones en que ha de tomarse una decisión inmediata. La paciente llevaba dos o tres semanas especialmente alterada a causa de una decisión que debía tomar. La decisión se refería a la elección de una de dos Universidades. En una de ellas era más fácil conseguir una beca, pero la otra tenía más prestigio. Además la paciente no sabía si seguir su propio criterio y elegir la que ella consideraba mejor (pero esto sería un comportamiento egoísta) o ceder a la opinión de sus padres y elegir la otra. No se lo planteaba como una situación sin pérdidas, sino como una situación sin ganancias.

Finalmente, se decidió por la que ella prefería —la que no ofrecía becas. El día en que debía tomar la decisión final, le asaltaban oleadas de pánico. En aquel momento, el terapeuta le explicó los siguientes puntos:

1. En su caso, el hecho de *tomar* una decisión era más importante en sí que cualquiera de las dos posibles decisiones.

2. Su conducta era el resultado de su obsesividad. Deseaba la certeza absoluta. Su ansiedad era producto del miedo a que ninguna de las alternativas fuese "adecuada".

3. La respuesta racional es que no se puede aspirar a la certeza absoluta. Nadie puede predecir el futuro. Siempre habría consecuencias no previstas (positivas y negativas), cualquiera que fuese la Universidad elegida.

4. No hay necesidad de garantía absoluta. Debía tomar una decisión y después hacer frente a los acontecimientos, no lamentarse.

5. Sería de esperar un cierto remordimiento durante aproximadamente una semana, independientemente de la alternativa seleccionada. La paciente debía aceptarlo e intentar resolverlo mediante técnicas cognitivas.

Después de explicar esto, el terapeuta tomó una moneda. Le dijo a la paciente que la cara correspondería a la Universidad A y la cruz, a la Universidad B; a continuación, lanzó la moneda. Antes de mostrarle el resultado a la paciente, el terapeuta le preguntó qué esperaba que hubiese salido. Al responder ella "La A", el terapeuta devolvió la moneda al bolsillo sin mostrar el resultado y le dijo, "Ya has tomado la decisión". A continuación, la paciente llamó por teléfono para confirmar su ingresos. El terapeuta había estructurado la situación de modo que la paciente se viese forzada a tomar una decisión, sin tiempo para seguir esperando inútilmente. Esta estrategia proporcionó la elección que se necesitaba urgentemente; Además sirvió para que la paciente eligiese en función de sus deseos y no de sus miedos. Asimismo, el procedimiento muestra cómo desmantelar la tupida red de la indecisión obsesiva.

A veces, los sentimientos de culpabilidad influyen en la toma de decisiones. Por ejemplo, un paciente no acababa de decidir si comprar o no un coche nuevo. Pensaba que iba a privar a su familia de algunas cosas, pero sabía que necesitaba un coche nuevo debido a su trabajo.

Cuando se trabaja sobre la indecisión del paciente, a veces el terapeuta tendrá que emplear métodos para modificar o eliminar los sentimientos de culpabilidad. El paciente debe darse cuenta de que sólamente existen soluciones parciales, pero que el efecto acumulativo de varias soluciones parciales puede resolver el problema. Debe aprender a inocularse contra los sentimientos de culpa, que resultan de su creencia de que está cometiendo un error.

Percibir los Problemas como Abrumadores

La "tríada cognitiva" consiste en una visión negativa del mundo exterior, de sí mismo y del futuro. La visión negativa del futuro ("desesperanza") se tratará en el próximo capítulo. Los otros dos componentes de la tríada se discuten en este apartado y en el siguiente.

La estrategia general para tratar los "problemas abrumadores" consiste en hacer que el paciente señale un problema concreto sobre el que desee trabajar y desarrollar procedimientos adecuados para resolverlo. La formulación que el paciente hace del mundo que le rodea se modifica de "Es abrumador" a (1) "¿Cuáles son los problemas concretos?" (2) "¿Cuáles con las soluciones?". Al paciente puede decírsele que sólo debe hacer una cosa cada vez y que, por lo tanto, no puede prestar atención a todas las cosas que él crea tiene que hacer. Sin embargo, sí puede hacer una lista de todos sus problemas y establecer un orden de prioridades. La programación de actividades puede ser conveniente cuando seguir las prioridades constituya un problema para el paciente. Además, se le ofrecen modos concretos para *iniciar* las actividades. El terapeuta puede decirle que comenzar a poner en práctica un proyecto le resulta difícil a todo el mundo, pero que la tarea se va haciendo más facil a medida que se va realizando.

A menudo se hace necesario enseñar modos creativos de resolución de problemas. Los pacientes depresivos suelen experimentar una especie de bloqueo que les impide aportar soluciones que les resultarían evidentes si no estuviesen deprimidos. Por ejemplo, un hombre de negocios estaba agobiado por la cantidad de trabajo que tenía por delante; ni siquiera podía abandonar el despacho por si alguien llamaba por teléfono. El terapeuta le sugirió que comprase un contestador automático. Esta sencilla intervención resolvió el problema. Una estrategia alternativa consistiría en preguntar al paciente qué soluciones le habría ofrecido a otra persona que se encontrase en esta situación. Al responder a esta pregunta, el paciente se convierte en su propio asesor.

Muchos pacientes se hacen cargo de más trabajo del necesario. Otros creen —erróneamente— que se espera de ellos más de lo que los demás esperan de hecho. Esta creencia ha de ser comprobada. Por ejemplo, un ama casa aceptó un trabajo voluntario, llegó a presidenta de una gran organización y estaba haciendo planes para presentarse como candidata para un cargo político local. *Creía* que le era imposible renunciar a ninguna de sus obligaciones, ni siquiera delegar en otros. Este tipo de pacientes necesitan mostrarse más asertivos y no acceder a todas las demandas que se les hacen.

Muchos pacientes se ven agobiados por lo problemas porque exageran las dificultades y minimizan la posibilidad de rectificar; en consecuencia, permanecen inactivos. El terapeuta debe mostrarles que pueden hacer frente a muchas situaciones. El siguiente ejemplo ilustra esto.

Una paciente depresiva manifestó que le gustaría ir a nadar, pero que estaba abrumada por los problemas que ello entrañaría:

PACIENTE: No hay manera de que pueda ir a nadar.

TERAPEUTA: ¿Cómo podría encontrar una piscina?

P: Podría ir a una de la Asociación de Mujeres Cristinas ... Pero tendría que salir a la calle con el pelo mojado y cogería un resfriado.

T: ¿Cómo podría ir allí?

P: Mi marido me llevaría.

T: ¿Qué quería decir del pelo?

P: No podría llevar el secador porque podrían robármelo.
T: ¿Puede usted hacer algo al respecto?
P: No tienen taquillas con llave.
T: ¿Cómo lo sabe?
P: No creo que tengan.
T: Para empezar, ¿por qué no llama y lo pregunta?

La paciente hizo las averiguaciones necesarias y eventualmente consiguió ir a nadar. Hubo que desmenuzar sus problemas con detalle y así ella logró investigar las posibilidades.

En ocasiones, resulta que los pacientes están llevando a cabo más cosas de las que creen. Haciendo que anoten todo lo que hacen puede conseguirse que corrijan esta distorsión cognitiva. Se les puede decir que el mero hecho de intentar hacer algo o de pensar en la manera de hacerlo representa ya un éxito parcial.

Autocrítica

Como la mayoría de las personas, el paciente depresivo también busca la explicación de sus problemas. Según su idea de causalidad, el depresivo tiende a interpretar cualquier deficiencia suya como la causa de sus problemas psicológicos. Muchas veces, esta tendencia se ve apoyada por algunas de las personas significativas, que afirman que el paciente "podría mejorar si quisiera". Los pacientes con una depresión grave llevan la noción de causalidad hasta extremos aparentemente absurdos. Un paciente, hospitalizado a causa de la depresión, oyó estornudar a otro paciente de la sala y pensó, automáticamente, "Yo tengo la culpa. Debo estar contagiando a toda la planta". Este tipo de autoculpabilizaciones —en absoluto realistas— contribuyen a que el paciente se sienta peor. El terapeuta debe tratar con cuidado las autocríticas de los pacientes, ya que cualquier refutación directa puede dar lugar al pensamiento, "No entiende mi debilidad". Un paciente, cuando oyó que sus autocríticas eran desadaptativas, comenzó a culparse "por haberse culpado".

El método cognitivo para la autocrítica consiste en hacer que el paciente se dé cuenta de que la autocrítica está presente en casi todas las situaciones y, como resultado de este darse cuenta, que realice una evaluación objetiva de los pensamientos de autoculpabilización. La naturaleza estereotipada y recurrente de las autocríticas del paciente permite al terapeuta y al paciente obtener grandes beneficios una vez que los pensamientos han sido modificados. Identificar la autocríticas no es difícil, ya que el paciente suele sentirse peor inmediatamente después. Así, cuando experimente un incremento en la disforia, sólo tiene que "repetir" los pensamientos precedentes para identificar la autocrítica.

El siguiente paso consiste en incrementar la objetividad del paciente respecto a la autoculpabilización. Este paso es crucial, ya que el paciente cree

que sus autocríticas están justificadas. Un procedimiento consiste en formular al paciente una pregunta como, "Suponga que yo cometiese los mismos errores que usted. ¿Me despreciaría por ello?" Ya que generalmente el paciente reconoce que no haría tantas críticas si se tratase de otra persona, también puede darse cuenta de la naturaleza exagerada de sus autocríticas. Los pacientes con una depresión de grado medio pueden darse cuenta de la naturaleza *contraproducente* de sus autocríticas si el terapeuta les dice:

> ¿Cómo cree usted que yo me sentiría si una persona estuviese constantemente evaluando o criticando todo cuanto yo hiciese? ... Hasta cierto punto, eso es lo que usted se hace a sí mismo sin proponérselo deliberadamente ... Los efectos de esto no sólo consisten en que usted se sienta peor, sino que además afectan a su ejecución. Usted observará que se siente más libre y más satisfecho ignorando las autoevaluaciones.

Role-Playing. El proceso de ir haciéndose más objetivo respecto a la destructividad de las autocríticas puede acelerarse a través del role-playing. EL terapeuta puede representar el modo como el paciente se ve a sí mismo: inadecuado, inepto, débil ... Al paciente se le prepara para asumir el papel de un crítico que va a atacar verbalmente al "paciente" siempre que éste se autocritique. El terapeuta representará su papel de modo que el paciente pueda darse cuenta de sus distorsiones e inferencias arbitrarias. Si el paciente, por su parte, se ajusta bien al papel de crítico, puede actuar y observar la extravangacia de sus juicios negativos simultáneamente.

Otra estrategia para que el paciente se dé cuenta de sus autocríticas consiste en invertir los papeles: el paciente trata de ayudar al terapeuta, que adopta un papel de autorrechazo.

El siguiente ejemplo ilustra el empleo de este procedimiento con una paciente depresiva de 27 años en régimen de hospitalización. Había participado ya en tres sesiones, pero, en la cuarta, seguía considerándose "demasiado estúpida" y "ridícula". Estas autocríticas interferían seriamente con sus intentos de emprender cualquier tarea y, de hecho, interrumpían la propia sesión de terapia:

PACIENTE: Ahora que sé que puedo controlar mis pensamientos, me siento realmente estúpida por estar deprimida.

TERAPEUTA: Tiene que aprender cosas sobre sí misma antes de poder hacer cambios. Antes de la terapia, no sabía eso y no parece razonable que se critique después de saberlo.

P: Realmente debo ser una estúpida.

T: ¿Se da cuenta de las veces que se autocritica por ser "estúpida"?

P: Si el zapato te sirve, póntelo. Nunca he sido brillante. En matématicas siempre fui la última de la clase, un zopenco.

T: Puedo entender que se critique por no saber resolver un problema de matemáticas. Pero se autocritica continuamente cuando vamos a emprender algo nuevo. ¿Quiere echar un vistazo a los "efectos ocultos" que ejercen sobre usted las autocríticas?

P: Bien.

T: De acuerdo, vamos a hacer un role-playing. Tengo entendido que usted es una nadadora bastante buena; ¿por qué no hacemos como si fuese a enseñarme a nadar? Imaginemos la escena; escucho sus instrucciones.

P: Lo primero que tiene que aprender es a relajarse en el agua.

T: Soy demasiado tonto para aprender eso. No he sido capaz de aprender nada nuevo desde el cuarto curso.

P: Bueno, usted inténtelo y yo le enseñaré.

T: Si me meto en el agua, tendré un aspecto ridículo.

P: Pero tiene que meterse en el agua si quiere aprender a nadar.

T: La voy a poner en ridículo delante de los demás porque seguro que hago alguna tontería. Siempre me pasa.

P: Está empezando a cansarme.

T: ¿Por qué? ¿Porque cree que soy incapaz de aprender a nadar? ¿Piensa que soy demasiado estúpido?

P: No, es *porque usted piensa que es demasiado estúpido.* Ni siquiera he tenido ocasión de verle en el agua. (Risas)

En el momento, la paciente se dió cuenta de que se necesita una información objetiva para aprender. Y que, sin embargo, el proceso completo de aprendizaje podría verse dificultado por sus continuas autocríticas. El terapeuta le dió la siguiente instrucción, "Emprenda un solo paso cada vez y sustituya *toda* falta de capacidad inherente con un breve esfuerzo extra". Terapeuta y paciente tenían que hacer frente al temor de ésta última a ponerse en ridículo o a dejar en ridículo al terapeuta por cualquier conducta torpe o inadecuada que siempre cabe esperar en un principiante, sea alguien que está aprendiendo a nadar o a resolver sus problemas.

Otra estrategia para eliminar las autocríticas del paciente es enseñarle a emitir respuestas racionales "automáticas" ante cualquier pensamiento automático negativo. El paciente aprende a determinar la validez de estos pensamientos negativos y a sustituirlos por una evaluación de sí mismo más razonable. La técnica de la "triple columna", descrita en el Capítulo 8, permite que el paciente especifique el pensamiento negativo y lo que en él hay de incorrecto o desadaptativo. Estas asignaciones para casa son cruciales para implementar las estrategias practicadas durante la sesión.

En el siguiente caso, se ilustra la técnica de identificar y responder a las autocríticas. La paciente había recibido la instrucción de emitir respuestas positivas en una situación de role-playing.

Una paciente depresiva se consideraba como una esposa y madre incompetente. Este supuesto básico se puso de manifiesto en la evaluación que hizo de sus responsabilidades en casa. Cuando preparaba la cena para su familia, solía decir, "Espero que esta comida sea lo suficientemente buena. Si no puede ni tomarse, os traeré otra cosa". El hecho de minusvalorar continuamente sus esfuerzos ejercía el efecto de reforzar su autoimagen negativa, especialmente porque concedía más importancia a sus responsabilidades

familiares que a ningún otro aspecto de su vida. Su familia, sin embargo, había aprendido a esperar sus autocríticas, pero siempre respondía con comentarios de apoyo -que la paciente no creía sinceros.

La paciente identificó dos aspectos de sus autocríticas de naturaleza automática. En primer lugar, siempre que emprendía una tarea, le acudían imágenes de su marido decepcionado por ella. En consecuencia, ella se iba poniendo cada vez más ansiosa hasta que llegaba a la conclusión de que de un "incompetente" sólo podía esperarse "incompetencia". Sus propias autocríticas continuaban a partir de aquí. En segundo lugar, en cuanto veía a su marido (o a sus hijos mayores), verbalizaba automáticamente sus autocríticas "antes de que puedan decir nada". Después, se autocriticaba aún más por no expresar sus sentimientos y "estar siempre a la defensiva".

La primera parte del procedimiento elegido para tratar este problema consistió en examinar el significado de sus autocríticas. El significado se buscó desde dos perspectivas. Por un lado, se intentó examinar objetivamente las autocríticas empleando la técnica de la triple columna, discutiendo a continuación la evidencia en apoyo de su "mala ejecución de las labores domésticas".Por ejemplo, la paciente señaló que los invitados solían elogiar espontáneamente sus bizcochos. Reconoció que muchas de sus autocríticas procedían de la exageración de errores sin importancia (por ejemplo, puso demasiado colorante insípido en la cobertura final de un pastel y llegó a la conclusión, "No había quien lo comiera").

Por otro lado, se exploraron *respuestas alternativas* a las autocríticas. El terapeuta pidió a la paciente que recordase el mensaje concreto que *quería* comunicar a su familia. Pensó que había estado intentando decir, "Decidme lo que pensáis de mis esfuerzos" y/o "Prestad atención a las cosas que hago". El terapeuta decidió preparar un role-playing de la situación, con la instrucción de que la paciente comunicase cualquier mensaje, excepto los de autocrítica. Se imaginó a la hora de la cena y le dijo al terapeuta (en el papel de su marido), "Quería hacer un bizcocho que te gustase, pero cometí un error y le puse demasiado colorante; de todas formas, estará bueno de sabor". En ese momento, la paciente se puso nerviosa y dijo, "A él no le importaría el bizcocho. Probablemente se preguntaría qué me pasa que no consigo quitarme de encima esta depresión". Logró contrarrestar esta idea con "Te gustará el bizcocho, aunque no está perfecto".

Pensamiento Absolutista (Todo o Nada)

Como se mencionó en el Capítulo 1, las alteraciones del pensamiento que se dan en la depresión pueden analizarse en términos de modos primitivos de organizar la realidad vs. modos maduros de organizar la realidad. Los individuos depresivos tienden a hacer juicios categóricos y los significados que atribuyen a sus experiencias suelen ser extremos, unidimensionales y absolutistas. Un modo más duro de pensamiento conceptualiza las situaciones según *más dimensiones*, emplea términos más bien cuantitativos que

cualitativos y aplica pautas relativas y no absolutas. Además, los individuos depresivos tienden a percibir las consecuencias negativas como irreversibles.

El pensamiento categórico y absolutista puede ser modificado por diversos medios.

Buscar Ganancias Parciales ("Pluses") en los Contratiempos. Los depresivos suelen mostrar la típica respuesta de todo o nada ante un acontecimiento adverso. Su "dolor" tiende a ser proporcional a la pérdida simbólica. En realidad, incluso un acontecimiento que parezca representar una pérdida absoluta puede tener algunas ventajas. Por ejemplo, a una paciente que se había recuperado de una depresión le fue denegado el ascenso que había solicitado. El teraperuta le preguntó si la experiencia había tenido algo de positivo. Inicialmente respondió que había sido una experiencia "completamente negativa". Pero el terapeuta le pidió que hiciese una lista con las posibles ventajas. Después de reflexionar, confeccionó la lista siguiente:

1. Fue la primera vez que reuní el valor suficiente; así será fácil la proxima vez. Tarde o temprano, tendré que aprender a ser más asertiva.

2. En realidad, el jefe fue muy amable y creo que me resultará más fácil hablar con él de ahora en adelante.

3. Pensándolo bien, no me dijo rotundamente que no. Dijo que lo consideraría y que quizás me diese el ascenso dentro de pocos meses. Espero que esto haya sido un paso para conseguirlo.

Otro ejemplo sería una única consecuencia (negativa) de un determinado acontecimiento. Por ejemplo, un industrial se veía atrapado en un proceso de aumento de los costes con la consiguiente disminución de los ingresos. La única salida que creía posible era la bancarrota, hasta que el terapeuta le preguntó, "Es posible sacar algo bueno de todo esto?". Al pensar en ello, el paciente se dio cuenta de que esta situación podía darle la oportunidad de vender un inventario que había ido acumulando durante varios años y que le parecía un obstáculo para cambiar de negocio. Llegó a la conclusión de que saldría adelante —haciendo un cambio de negocio.

Empleo de las Preguntas Dirigidas a Uno Mismo. A medida que el paciente va siendo capaz de ver más objetivamente cuán "primitivos" son sus juicios, puede entrenársele en la aplicación de varias técnicas, en especial la de las preguntas dirigidas a sí mismo, para que modifique su forma de pensamiento.

Esta técnica se ilustra a continuación:

CONCLUSION ABSOLUTISTA DEL PACIENTE: Siempre he sido un fracasado total.

PREGUNTAS DEL TERAPEUTA:

1. ¿Cómo definiría usted un fracasado? ¿Cuáles son sus criterios?

2. ¿Existen *grados* de fracaso? Esto es, ¿se puede decir que algunos fracasos lo son más que otros?

3. Si una experiencia solamente representase un fracaso parcial, ¿significaría eso que también representa un éxito parcial?

4. ¿Existe algún aspecto de su vida (amistoso, familiar, escolar/universitario, laboral, deportivo, etc.) en el que no haya fracasado o incluso haya conseguido sus objetivos?

5. Aunque haya fracasado en determinados aspectos, ¿implica esto que no pueda mejorar y alcanzar el éxito?

6. ¿Fracasar en la consecución de un objetivo significa que es usted una persona fracasada?

7. Las personas que han experimentado algún fracaso, ¿se ven necesariamente rechazadas por los demás?

8. Una persona que ha sufrido un contratiempo, ¿debe seguir sufriendo a causa de su propio autorrechazo?

Hemos observado que el mero hecho de que el paciente se formule este tipo de preguntas resulta útil para hacer más flexibles los criterios según los cuales se juzgaba. Sus juicios se hacen menos arbitrarios y más adaptativos.

Problemas de Memoria y Dificultad para Concentrarse

Los problemas de memoria y la dificultad para concentrarse suelen estar interrelacionados. El paciente es incapaz de recordar la información porque no se concentra en el material que debe aprender. Como se hace con otros síntomas, el terapeuta debe asegurar al paciente que estos problemas son síntomas de la depresión. Se trata de problemas que "se supone van a estar presentes" en el individuo depresivo y no implican que el paciente esté perdiendo memoria.

El principal problema de concentración que tiene el paciente es el de la fijación de la atención. El paciente suele estar preocupado por materiales distintos de los que desea atender; por ejemplo un estudiante que desea concentrarse en lo que dice el profesor, pero, en lugar de ello, está continuamente dando vueltas a sus problemas. El terapeuta puede ayudar al paciente a fijar su atención gracias a sencillos ejercicios estructurados; por ejemplo, pidiéndole que lea en voz alta párrafos de un libro o que resuelva problemas matemáticos sencillos. Esto puede servir también para ayudar al paciente a corregir la creencia de que no es capaz de concentrarse en absoluto. Después de realizar este ejercicio, se le dice al paciente que compre un reloj de arena y que, entre una sesión y otra, practique ejercicios de concentración en determinadas actividades durante periodos de tiempo cada vez mayores.

A un paciente que era incapaz de concentrarse en ninguna de sus labores domésticas se le proporcionó una lista con los pasos necesarios para lavar el coche. Para su propia sorpresa, pasó tres horas lavando el coche e hizo un excelente trabajo.

Si el paciente tiene que recordar una información determinada en el trabajo o en la escuela, se le puede enseñar el método SQ3R (Survey,

Question, Read, Recite, and Review) (Examinar, Preguntar, Leer, Recitar y Revisar). En primer lugar, el paciente examina o inspecciona el material que quiere aprender. Esto le proporciona una idea preliminar a partir de la cual trabajar. A continuación, escribe preguntas concretas sobre el material a recordar; esto le ayuda a fijar la atención y a atribuir un significado al material. En tercer lugar, lee el material. A continuación, lo recita, bien escribiéndolo, o bien repitiéndolo en voz alta. Por último, el paciente vuelve a revisar el material (Robinson, 1950).

Un importante subproducto de la concentración, la fijación y la orientación a una tarea es el hecho de que estas actividades distraen al paciente de sus pensamientos negativos preserverantes.

Síntomas Conductuales

Pasividad, Evitación e Inercia

La inactividad y la pasividad del paciente se encuentran entre los principales síntomas objetivo. Algunas técnicas para hacer frente a este problema se han discutido en el capítulo sobre técnicas conductuales (Capítulo 7) y se tratarán en el capítulo sobre las tareas para casa (Capítulo 13). Una explicación más detallada se presenta en *Cognitive Therapy and the Emotional Disoders (La Terapia Cognitiva y los Trastornos Emocionales) (Beck, 1976, págs. 274-287).*

La pasividad e inactividad que se observan en la depresión se han interpretado históricamente como una forma de inhibición neurofisiológica: lentitud psicomotriz. Muchas veces, un programa de actividades sirve para contrarrestar la pasividad y la lentitud.

Programas de Actividades. Un programa de actividades diseñado racionalmente tiene muchas ventajas. Algunas de ellas son: (a) Se modifica el autoconcepto del paciente. Este evalúa sus experiencias de un modo más realista. Consecuentemente con la mejoría de su autoconcepto, el paciente alberga más esperanzas de cara al futuro. (b) El paciente se distrae de sus pensamientos depresivos y de sus sentimientos desagradables concentrándose en la actividad. (c) Las respuestas de las "personas significativas" se hacen más positivas, ya que generalmente refuerzan la actividad constructiva del paciente. (d) El paciente puede comenzar a disfrutar de las actividades, con lo cual recibe una recompensa inmediata por emprender actividades.

Por supuesto, cualquiera que haya tratado a pacientes depresivos sabe que éstos suelen esforzarse por estar más activos. Es típico que la familia y los amigos les halaguen, empujen o exhorten a estar más activos —sin ningún éxito duradero. Estos esfuerzos suelen fracasar porque estos individuos no conocen la psicología de la depresión. Es esencial, en primer lugar, suscitar una *motivación* para la actividad, explicando el fundamento teórico de modo que el paciente lo entienda. En un principio, el terapeuta puede elicitar las razones del paciente para permanecer inactivo.

Existen varios procedimientos para averiguar las razones de la inactividad del paciente: Por ejemplo, el terapeuta puede asignar una determinada

tarea que el paciente, claramente, pueda realizar. Cuando el paciente expresa su desgana o su incapacidad para llevar a cabo la tarea propuesta, el terapeuta le pide que detalle sus razones. Estas se tratarán como hipótesis a probar a través del diseño de un proyecto.

Las razones que los pacientes suelen manifestar para justificar su pasividad y resistencia a emprender una determinada tarea son: (a) "Es inútil intentarlo"; (b) 'No soy capaz de hacerlo"; (c) "Cuando intento algo, nunca consigo nada más que sentirme peor"; (d) "Estoy demasiado cansado para hacer nada"; (e) "Es mucho más facil estar sentado".

El paciente suele tomar sus razones como válidas y no se le ocurre pensar que puedan ser erróneas o, al menos, inadecuadas. Cuando el terapeuta elabora un programa de actividades junto con el paciente, se probará la validez de estas "razones". Si el paciente alcanza el objetivo, es importante que el terapeuta subraye el hecho de que la experiencia de éxito contradice su actitud negativa (por ejemplo, "soy demasiado débil para hacerlo").

Antes de comenzar el programa, deben explorarse y discutirse los significados y connotaciones de los síntomas. Por ejemplo, una connotación de la inmovilidad es que el paciente es un "vago" o un "perezoso". El propio paciente tiende a asumir esta visión de sí mismo, también compartida por las personas que le rodean. En consecuencia, se autocritica —como también lo critican los demás. Haciendo que el paciente emprenda actividades, el terapeuta le ayuda a combatir sus autoevaluaciones negativas.

Dado que el deseo del paciente depresivo de escapar a sus actividades cotidianas es muy fuerte y que sus creencias negativas están firmemente arraigadas, es importante que el terapeuta exponga explícitamente cómo el paciente se perjudica sin darse cuenta y cómo se hace más desgraciado aceptando blandamente sus actitudes contraproducentes y cediendo a sus deseos regresivos. El terapeuta debe indicar al paciente, directa o indirectamente, que, cuestionándose sus ideas, es probable que se sienta mejor.

Es crucial que el terapeuta exponga sus preguntas y comentarios relacionados con las ideas y deseos contraproducentes del paciente de modo que no sean —ni parezcan— juicios de valor. Debe evitar que parezca que está reprendiendo al paciente. Ya que los pacientes depresivos suelen responder a las "críticas" haciéndose más reproches y permaneciendo inmóviles, el terapeuta debe investigar las reacciones del paciente con objeto de determinar si éste está aplicando sus comentarios "contra sí mismo". Además, el terapeuta debe darse cuenta de qué afirmaciones pueden formularse sencillamente como una exhortación o invocación "al poder del pensamiento positivo". Debe dejar claro que el paciente y él intentan *especificar un problema* y *conseguir soluciones concretas.*

El siguiente paso en el tratamiento de la pasividad consiste en despertar el interés o la curiosidad del paciente hasta el punto de que coopere en la realización de un proyecto sencillo. Este objetivo preliminar puede alcanzarse presentando un programa nuevo, explicando el fundamento teórico del procedimiento y convenciendo al paciente de que se trata de una alternativa

para que se encuentre un poco mejor. Cuando el paciente accede a cooperar, pueden aplicarse distintos procedimientos cognitivos y/o conductuales verbales para hacer que complete el programa.

Un último objetivo consiste en enseñar al paciente a identificar sus pensamientos negativos antes de emprender el programa o mientras lo está llevando a cabo. A medida que el paciente se va dando cuenta de cómo le perjudican sus pensamientos negativos, puede comenzar a hacerles frente espontáneamente. En una última fase, aprenderá a modificarlos y a interpretar su situación de un modo más racional.

El programa terapeútico puede formularse según los pasos siguientes: (1) proponer al paciente un programa concreto; (2) suscitar sus razones para oponerse a la propuesta; (3) pedirle que sopese la validez de sus "razones" (o actitudes negativas); (4) indicar al paciente por qué estas razones (o actitudes) pueden no ser válidas y sí perjudiciales; (5) estimular su interés de modo que acceda a intentar la ejecución del programa propuesto; (6) formular el programa de modo que la ejecución del paciente sirva para comprobar (o refutar) la validez de sus ideas. La realización satisfactoria de la tarea sirve para contrarrestar las hipótesis del paciente de que no es capaz de hacer nada.

Es importante que el terapeuta recuerde que el paciente puede "fracasar" en un determinado proyecto. Por lo tanto, la experiencia debe formularse de modo que siempre se obtenga información útil, independientemente del resultado. El terapeuta puede poner de manifiesto las generalizaciones excesivas que hace el paciente a partir de un solo "fracaso" y señalar la distorsión cognitiva. A continuación, el paciente y él proponerse un nuevo objetivo más fácil de conseguir.

El siguiente ejemplo ilustra el empleo de un programa de actividades en el tratamiento de un paciente depresivo de 48 años:

El paciente estaba hospitalizado en la Sección de Psiquiatría de un gran hospital. Tenía una depresión especialmente difícil de tratar. Antes de ingresar en el hospital, había intentado suicidarse con monóxido de carbono. También antes de su ingreso, le habían tratado con antidepresivos tricíclicos y psicoterapia de apoyo durante ocho meses. Como resultado de cinco ocasiones en que se le aplicó terapia electroconvulsiva, había mostrado escasa mejoría (salvo, quizás, un mejor estado de ánimo por la tarde), por lo cual este tratamiento se interrumpió. Gracias a las observaciones de las enfermeras, el terapeuta supo que el paciente había sido capaz, en ocasiones, de llevar a cabo tareas relativamente complicadas (por ejemplo, lavar ropa), permaneciendo inmóvil en su habitación el resto del tiempo. El terapeuta decidió hacer un programa de actividades junto con el paciente.

TERAPEUTA: Tengo entendido que pasa la mayor parte del día en su habitación. ¿Es eso cierto?

PACIENTE: Sí, estar inactivo me trae la paz que mi mente necesita.

T: Cuando está sentado sin hacer nada, ¿cúal es su estado de ánimo?

P: Me siento fatal siempre. Lo único que deseo sería caer en un agujero y morir.

T: ¿Se siente mejor después de estar sentado durante dos o tres horas?

P: No, lo mismo.

T: Así pues, se sienta con la esperanza de estar en paz, pero eso no quiere decir que se encuentre menos deprimido.

P: Estoy tan aburrido.

T: ¿Qué le parecería realizar alguna actividad? Existen varias razones para pensar que, si estuviese más activo, se sentiría mejor.

P: No se puede hace nada conmigo.

T: ¿Accedería a realizar algunas actividades si yo hiciese una lista?

P: Si usted cree que puede ayudarme ... pero creo que está perdiendo el tiempo. No tengo interés por nada.

T: Bueno, veamos si realmente estoy perdiendo el tiempo. Me gustaría saber si se siente mejor o peor después de realizar alguna actividad ... para ver cómo influyen éstas en el aburrimiento. En lo referente a los intereses, consideraremos algunas de las cosas que le agradaban *en el pasado* y veremos qué reacción le producen ahora —aunque no le interesen.

Paciente y terapeuta revisaron una lista de posibles actividades que el primero pudiese llevar a cabo en la sala. El paciente sostenía que no estaba interesado en ninguna de ellas (la razón para permanecer inactivo). De nuevo, el terapeuta estableció la diferencia entre (a) el objetivo de hacer algo interesante y (b) pretender hacer algo que rompiese la inactividad del paciente.

TERAPEUTA: ¿Cuándo *decide* ir a sentarse en su habitación?

PACIENTE: Justo después de desayunar.

T: Bien, vamos a centrarnos en esa hora. Piense en una actividad que estuviese dispuesto a realizar después de desayunar.

P: Ejercicio, no ... Me sentaría mal hacer ejercicio justo después del desayuno.

T: Quizás una actividad que mantuviese su mente activa. Podemos dejar el ejercicio físico para una hora más avanzada del día, si le parece.

P: Podría escuchar la radio. (El terapeuta toma nota del ligero cambio de actitud operado en el paciente, pero no olvida que esta actividad puede realizarse sentado.)

T: Eso estaría bien si usted pudiera distraerse y olvidarse de las preocupaciones del programa. ¿Hay alguna otra actividad que estuviera dispuesto a realizar y que además le mantuviera alejado de la zona cercana a su habitación?

P: Supongo que podría ir a la terapia ocupacional, pero me aburro enseguida.

T: Me parece una buena idea. Podría trabajar en algo concreto. ¿Qué se le ocurre?

P: Quizás podría hacer un cinturón para mi hijo.

T: Bien. Así podremos averiguar algo más sobre las cosas que hacen que se aburra. ¿Recuerda cuáles son sus pensamientos cuando está aburrido?

P: No.

T: ¿Por qué no nos marcamos un objetivo para averiguarlo? En primer lugar, anotemos "terapia ocupacional" en el programa de actividades. Ahora, nuestro segundo objetivo va a ser registrar los pensamientos que usted experimente cuando esté aburrido. Esto es, si se aburre, trate de "apresar" sus pensamientos y anótelos. Más tarde, puede acudir a escuchar la radio. (El terapeuta va anotando las actividades en una lista.) Y no lo olvide, siempre que se aburra, intente detectar cuáles son sus pensamientos ... ¿Qué le parece este plan?

P: Estoy dispuesto a intentarlo, pero sigo pensando que pierde el tiempo conmigo.

Para sorpresa del personal encargado, el paciente acudió a la terapia ocupacional (dirigido por un terapeuta de orientación conductual), donde permaneció durante 40 minutos. Se dio cuenta de algunos pensamientos: "Tengo que salir de aquí. Tengo tanto trabajo que hacer en casa" y "Si mi jefe me viera aquí haciendo un cinturón, seguro que me despediría". Estos pensamientos se comentaron en la siguiente sesión. El paciente manifestó que se había sentido mejor durante los primeros 30 minutos del programa de actividades, pero que volvió a encontrarse "peor" después de un rato en que estuvo pensando en las consecuencias de la hospitalización.

Es interesante observar que el paciente identificó algunas cogniciones portadoras de información asociadas con la sensación de aburrimiento. El terapeuta no habría tenido conocimiento de estos pensamientos depresivos de no haber sido por el programa de actividades y por la instrucción de que el paciente identificase los pensamientos depresógenos. El hecho de que el paciente se sintiese peor al cabo de los primeros 30 minutos no es realmente una experiencia negativa, ya que ofreció la oportunidad de recoger varias cogniciones negativas. En las dos sesiones siguientes, la terapia se centró en la preocupación del paciente de que su jefe le criticase por la depresión. El paciente continuó con el programa de actividades como tarea para casa. En un periodo de tres días, el "aburrimiento" disminuyó e incluso le parecieron interesantes algunas actividades.

Se puede emplear un programa más amplio, que incluya la programación de actividades, para ayudar a los pacientes relativamente inactivos, pero no inmóviles. El programar todas las horas supone una alternativa concreta a la inactividad; si además se añade la tarea de registrar los pensamientos

negativos, el paciente puede utilizar la estructura proporcionada por el programa de actividades para obtener una información adicional.

Uno de los problemas potenciales de asignar un programa de actividades radica en que el paciente puede reaccionar negativamente si el programa es rígido y le exige demasiado.

1. Si fracasa en seguir el horario establecido en la realización de alguna de las actividades, lo considerará como "un mal signo".

2. Puede interpretar la necesidad de un programa de actividades como evidencia de su grado de regresión.

Hemos desarrollado una técnica (la asignación de tareas graduales) sobre la base de las experiencias clínicas y de los datos de investigaciones. Esta técnica es similar a la programación de actividades; se pretende conseguir una actitud progresivamente mayor, optimismo y mejorar el estado de ánimo demostrando al paciente que las predicciones negativas que hace acerca de sus capacidades son poco realistas.

Asignación de Tareas Graduales. La elección de la asignación de tareas graduales o de la programación de actividades depende del estado del paciente. En general, con los pacientes más graves se aplica la asignación de tareas graduales, con objeto de que *todos los pasos del paciente puedan estar bajo el control de la terapia.* La asignación de tareas graduales permite que el terapeuta descomponga en pasos una tarea y la adecúe al nivel conductual del paciente. La programación de actividades, por su parte, se suele emplear con los pacientes que, a juicio del terapeuta, son capaces de realizar actividades no muy complejas. Evidentemente, esta distinción resulta artificial sin el conocimiento de un paciente concreto. Cualquiera de ambas técnicas puede emplearse con un paciente que presente un nivel aceptable de actividad, pero esté intentando llevar a cabo una tarea más difícil o complicada (por lo tanto, puede ser conveniente el procedimiento de tareas graduales).

Haciendo frente a los "Problemas Prácticos"

Con frecuencia, el paciente presenta problemas prácticos con los que se enfrenta en la vida. Por ejemplo, la dificultad para encontrar trabajo, problemas con los padres, o problemas de organización en general. Estos problemas prácticos, que no son síntomas de depresión, se discuten en este apartado sobre aspectos conductuales porque exigen que el paciente ejerza alguna acción sobre el ambiente.

El terapeuta debe ser capaz de discriminar entre los problemas reales del paciente y la tendencia de éste a distorsionar los acontecimientos. Estos problemas prácticos no se pueden pasar por alto sólo porque no sean de naturaleza psicológica. La solución de estos problemas prácticos pueden contribuir a mejorar o a eliminar algunos problemas psicológicos. En algunos casos, los problemas psicológicos surgen de problemas prácticos no resueltos. Esto es una versión de lo que Beck (1976) denomina síndrome del "grano en el ojo": "... una persona puede estar sufriendo de dolor y ser incapaz de caminar, comer, mantener una conversación o llevar a cabo

incluso las actividades más sencillas a causa de un grano en un ojo. Probablemente, el síndrome del 'grano en el ojo' se da entre los pacientes psiquiátricos con mayor frecuencia de lo que generalmente se piensa" (pág. 227).

Por ejemplo, una paciente acudió a la consulta quejándose de fatigabilidad e incapacidad para enfrentarse a las labores domésticas. El análisis del problema reveló que pasaba casi todo el día llevando a sus cinco hijos a distintas actividades. Prácticamente no le quedaba tiempo libre. El terapeuta le sugirió que contratase a un conductor para llevar a los niños; cuando lo hizo, desaparecieron rápidamente todos sus síntomas.

Si el paciente presenta un problema que excede la competencia del terapeuta, éste no debe dudar en enviarle a un experto (un médico, un abogado, etc.)

Problemas de Habilidades Sociales

El paciente depresivo suele presentar un funcionamiento inferior al normal en casi todos los aspectos, incluso el social. Es posible que el paciente evite a los demás o bien que se someta a sus deseos. Por lo general, el paciente posee habilidades sociales adecuadas; lo que sucede es que no las pone en práctica. El objetivo, por lo tanto, consiste en reactivar dichas habilidades sociales, no en instaurarlas.

Muchas de las técnicas cognitivas y conductuales descritas, como la asignación de tareas graduales, los ensayos conductuales, etc., pueden emplearse para alcanzar este objetivo. También se pueden emplear las técnicas de entrenamiento en asertividad. Dado que existen excelentes libros sobre entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, estos procedimientos no se describirán aquí.

Síntomas fisiólogicos

Alteraciones del Sueño

Las pertubaciones del sueño son uno de los síntomas más acusados de la depresión. La mayoría de los pacientes depresivos presentan algún tipo de alteración del sueño. Entre los problemas se incluyen la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y despertar demasiado temprano por la mañana. Por regla general, el paciente recupera su patrón de sueño habitual cuando desaparezca la depresión.

A veces, el terapeuta tiene que proporcionar al paciente una información básica sobre el sueño. Aunque los pacientes depresivos duerman menos que los individuos normales, muchos de ellos exageran. El paciente que afirma haber estado despierto toda la noche, probablemente se mantuvo en sueño ligero la mayor parte del tiempo. La minimización del tiempo real de sueño por parte del paciente suele ir emparejada con la creencia de que necesita más sueño de lo que en realidad le hace falta. Un paciente, por ejemplo, pensaba que estaba poniendo en peligro su salud por no dormir lo suficiente. Este tipo de pensamientos suele agravar el problema del insomnio. El terapeuta debe corregir estas ideas equivocadas y subrayar que la pérdida de sueño no es ninguna catástrofe porque es reversible.

Puede decirse al paciente que, al mejorar en otros aspectos, volverá a recuperar el sueño. Por ejemplo, si un paciente pasa la mayor parte del día sentado en una silla, tumbado en un sofá o echando pequeñas siestas, lo más probable es que no esté cansado y no tenga sueño por la noche. Si el paciente, en cambio, realiza actividades, concretamente si lleva a cabo ejercicio físico, es natural que duerma mejor por la noche. Aunque el ejercicio físico permite dormir mejor, no debe realizarse inmediatamente antes de acostarse, ya que podría activar al paciente.

El tratamiento de las alteraciones del sueño suele consistir en enseñar al paciente a relajarse: pueden emplearse instrucciones grabadas en una cinta. Se pueden emplear las técnicas de relajación combinadas con el procedimiento de que el paciente visualice escenas agradables mientras trata de conciliar el sueño. También se pueden hacer ejercicios de respiración o de yoga.

Se anima al paciente a que averigüe cuál es su ciclo de sueño natural y a que se acueste solamente cuando se encuentre cansado. Una actividad rutinaria inmediatamente antes de acostarse —por ejemplo, tomar un vaso de leche— puede resultar útil. Deben evitarse los estimulantes, como el café o el té. Finalmente, si el paciente no logra conciliar el sueño, es mucho mejor que se levante y haga algo, en lugar de quedarse tumbado experimentando pensamientos negativos.

Alteraciones Sexuales y del Apetito

La pérdida del apetito y la pérdida sexual son, con frecuencia, los primeros signos de la depresión. Ambos síntomas parecen ser manfestaciones de la pérdida de placer generalizada que experimenta el paciente en relación con cualquier actividad. A medida que la depresión va desapareciendo, retornan el apetito y el interés sexual. El mero hecho de decírselo al paciente puede resultar útil.

La pérdida del apetito o del interés sexual no suelen preocupar demasiado al paciente. Por esta razón, estos síntomas no suelen ser objetivo de cambio. Cuando adquieren el peso o la gravedad suficiente para convertirse en síntomas objetivo, puede resultar útil hacer ejercicios de participación con todas las modalidades sensoriales posibles. El terapeuta debe estar alerta por si el paciente se limita demasiado a una sola modalidad sensorial. Esto puede hacer que se "atrofie" la posibilidad de obtener satisfacción por otras vías/modalidades.

Algunos pacientes comen en exceso, llegando a engordar bastante, al comienzo de la depresión, en tanto que otros ganan peso en la fase intermedia de la depresión y adelgazan cuando la depresión se agudiza. A los pacientes les suele preocupar el engordar. Dado que seguir un régimen de adelgazamiento es un proceso muy difícil y costoso para un paciente depresivo, el objetivo primordial es que el paciente mantenga un peso estable y deje

de engordar. Cuando comience a sentirse mejor, podrá seguir un régimen alimenticio. Para el control de la obesidad se están aplicando satisfactoriamente técnicas cognitivas y conductuales. Para una revisión detallada de estos métodos, véanse Mahoney y Mahoney (1976) y Emery (1977).

Contexto social de los síntomas

Como ya hemos mencionado, el buen entrevistador es capaz de entresacar los aspectos más relevantes referentes a los síntomas del paciente y a su manera idiosincrática de interpretar sus experiencias. La mayoría de los síntomas suelen estas relacionados con un determinado ambiente social. Los sentimientos de culpa, la reducción de la satisfacción, la evitación y la lentitud generalmente están ocultos por la manera como el paciente interpreta los estímulos externos, se autoevalúa y cree que los demás le evalúan.

Tomemos, por ejemplo, el caso de un abogado de mediana edad que buscaba consejo profesional porque quería separarse de su esposa. Supimos, sin embargo, que presentaba varios síntomas: desesperanza, deseos de suicidio, evitación social, ausencia de satisfacción, sentimientos de culpa, disminución de la motivación, indecisión y autocrítica.

Cuando su problema quedó al descubierto, nos dimos cuenta de que prácticamente todos sus síntomas estaban relacionados entre sí y tenían un claro significado en términos del contexto social. Rehuía a sus socios y a sus amigos porque pensaba que era aburrido y un fracasado y que constituía una carga para todos ellos. *Se criticaba* por no ser más cordial y por "esconder la cabeza bajo el ala" ante sus responsabilidades en casa y en el trabajo. *Evitaba* asumir responsabilidades y no estaba motivado para llevar a cabo ninguna actividad porque pensaba que lo haría mal. La *ausencia de satisfacción* se debía a sus autocríticas al emprender cualquier actividad, fuese de tipo profesional o social. Se sentía *triste* a causa de los fracasos que se atribuía. Se sentía *culpable* porque creía haber defraudado a todas las personas importantes para él: su esposa, sus amigos, sus socios y sus clientes. Estaba *desesperanzado* porque creía que sus dificultades eran de carácter irreversible y que, por lo tanto, continuaría fracasando (siempre que intentase algo) y sufriendo por causa de los fracasos. Ya que su vida en aquel momento carecía de todo tipo de satisfacciones y estaba poblada de sentimientos de culpa y de tristeza, y el paciente no veía la posibilidad de mejoría, buscaba una vía de escape. La única solución que se le ocurría era poner fin a su vida: el *suicidio*. Todos los síntomas del paciente estaban interrelacionados porque mostraban un vínculo común con el problema psicológico esencial: la visión negativa del paciente acerca de sí mismo, del futuro y de sus experiencias. Esta interpretación negativa se superponía a cualquier relación, actividad o experiencia que fuese significativa para él.

¿Cómo explicaríamos ahora la "razón" del paciente para buscar el consejo de un abogado? Vemos que desea la separación o el divorcio porque se cree una carga para su esposa. Sin embargo, al compartir un hogar con ella, no puede evitarla del mismo modo que lo hace con sus socios y sus amigos. Cree que, mediante la separación le quitará a su esposa un peso de encima.

Al tratar los síntomas objetivo, el terapeuta debe conocer cómo estan interrelacionados y cómo tienen que ver con las relaciones interpersonales, las expectativas y las actividades habituales. Sobre todo, debe esclarecer la relación entre los síntomas y el sesgo negativo sistemático del paciente a la hora de autoevaluarse y de evaluar sus experiencias. En resumen, los síntomas deben entenderse dentro de un contexto social (las relaciones interpersonales significativas) y desde una perspectiva cognitiva (el significado de las experiencias del paciente). Cuando el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar un programa terapéutico, debe aplicar todos los procedimientos a una situación específica relacionada con los síntomas concretos y las interpretaciones negativas generales.

CAPITULO 10
TECNICAS ESPECIFICAS PARA EL PACIENTE SUICIDA

Evaluación del riesgo de suicidio

Dado que la tendencia al suicidio es un problema prevalente y potencialmente letal en los pacientes depresivos, es importante que el terapeuta comprenda por qué el paciente está considerando una solucion tan drástica. De esta manera, el terapeuta estará en mejor posición para seleccionar las técnicas más adecuadas y eficaces para tratar este problema croncreto. Sin embargo, ninguna estrategia antisuicidio resulta útil a no ser que el terapeuta haya detectado y evaluado previamente el grado de intencionalidad suicida.

Muchos profesionales aún creen en el mito de que preguntar a una persona depresiva acerca de la presencia de ideas suicidas puede "hacer que empiece a pensar en ello" o hacer que le parezca más aceptable la idea del suicidio. En realidad, hemos observado que el hecho de animar a un paciente a hablar de sus ideas suicidas suele ayudarle a ver estas ideas de una forma más objetiva, proporciona información relevante para la intervención terapéutica y ofrece un cierto grado de alivio.

Los terapeutas, así como los amigos y los miembros de la familia, se sorprenden muchas veces cuando un paciente intenta suicidarse; esto es porque ellos sólo son conscientes de los factores que (según su propia perspectiva) alientan el deseo de seguir viviendo. Después de un intento de suicidio, estas personas pueden decir, "Parecía estar algo más animado", "Realmente estaba haciendo progresos en la terapia". Este tipo de afirmaciones indican que el terapeuta y las personas que rodean al paciente no se daban cuenta de los deseos suicidas de éste, o bien, que el individuo sabía disimular muy bien sus pensamientos suicidas. Por otro lado, estas afirmaciones ilustran la incongruencia entre la percepción del paciente y la situación y la percepción "más realista" de las demás personas de su ambiente social

A la hora de evaluar el riesgo de suicidio del paciente, el terapeuta debe tener en cuenta factores como la forma posible de suicidio, la familiaridad del individuo con dosis letales de medicamentos y la accesibilidad a la vía de suicidio: acceso a armas de fuego, píldoras para dormir, etc. Otro factor que el terapeuta debe tener en consideración es la posibilidad de utilizar los recursos ambientales con fines terapéuticos; por ejemplo, la posibilidad de que

otro individuo detecte el intento de suicidio a tiempo para evitarlo; la facilidad para conseguir la asistencia médica adecuada inmediatamente después de producirse el intento; etc. Evidentemente, la existencia de un sistema de apoyo social viable es un recurso terapéutico de gran importancia.

La tendencia al suicidio puede detectarse en algunas conductas manifiestas, como el sigilo, una decisión súbita de cumplir un deseo y en las expresiones verbales. El suicida puede decir, por ejemplo, "No deseo seguir viviendo" o "Quiero terminar con todo". Otras expresiones que pueden indicar ideas de suicidio son: "No voy a aguantar mucho más", "Soy una carga para todo el mundo", "Las cosas no van a mejorar nunca", "Toda mi vida ha sido inutil", etc. En ocasiones, la expresión de los deseos de suicidio es indirecta y sólo puede comprenderse retrospectivamente. Por ejemplo, un paciente depresivo que ha obtenido un pase de fin de semana puede decir, al dejar el hospital, "Supongo que no volveremos a vernos" o "Quiero agradecerle sus esfuerzos por *intentar* ayudarme". O bien, al irse a dormir, el paciente puede decir, "Adios" en lugar de "Buenas noches". Es importante mencionar que aproximadamente un 40% de los individuos que intentan suicidarse o que, de hecho, consuman el suicidio han visitado un servicio psiquiátrico en el periodo de la semana anterior al intento de suicidio (Yessler, Gibbs y Becker, 1961).

Algunos estudios sistemáticos han mostrado que suele seguirse un período de calma después de haber tomado la decisión de suicidarse (KeithSpiegel y Spiegel, 1967). Una aparente tranquilidad repentina en un paciente anteriormente agitado es una señal de peligro que suele ser interpretada incorrectamente por los demás como índice de mejoría. Esta interpretación errónea lleva a una disminución de la vigilancia, lo cual puede facilitar la comisión del intento de suicidio.

La intencionalidad suicida como un continuo

La intencionalidad suicida de un individuo puede considerarse como un punto de un continuo. En uno de sus extremos estaría la intención irrevocable de suicidarse; en el otro, la decisión de seguir viviendo. A lo largo del continuo, se pueden encontrar diversos grados de intencionalidad. La apuesta con la muerte queda ejemplificada por el individuo que juega a la ruleta rusa abandonándose a la probabilidad de morir. Otro punto del continuo se ve ilustrado por el caso de una mujer que había sido abandonada por su amante; ingirió una sobredosis de tranquilizantes y llamó por teléfono a su amante. Dejaba en manos del Destino la probabilidad de que él llegase a tiempo para salvarle la vida. Presumiblemente si no le amaba lo suficiente como para precipitarse en su ayuda, ella moriría. También a lo largo del continuo de la intencionalidad suicida está el individuo que, simplemente, desea dejar de seguir viviendo. Aunque las expresiones como "No puedo soportarlo más" no representan necesariamente un deseo de suicidarse, sí constituyen una manifestación del deseo de bloquear toda experiencia de tristeza, al menos durante un cierto período de tiempo. El deseo de un

paciente depresivo de huir de la vida puede ser tan grande que la idea de suicidio represente una mejoría respecto a su situación actual.

Algunos factores casuales e imposibles de controlar pueden inclinar la balanza a favor del suicidio. Por ejemplo, un paciente con tendencias suicidas muy acusadas logró controlarse hasta el momento en que su esposa le anunció que estaba embarazada. La idea de la paternidad le llevó a cometer el suicidio. Paralelamente, un paciente que sufría depresiones periódicas acompañadas de impulsos suicidas siempre acudía a su médico cuando estos impulsos se agudizaban. En una ocasión en que el médico canceló una cita porque estaba enfermo, el paciente se suicidó. Dejó una nota que dejaba traslucir que la anulación de la cita le parecía "la gota que colmaba el vaso" tras una serie de experiencias negativas.

Por el contrario, un paciente suicida vio frustrado su intento por la llegada inesperada de un amigo. La idea de la amistad le disuadió de volver a intentar suicidarse.

Exploración de los motivos para el suicidio

Como discutiremos más adelante, el terapeuta debe comenzar a tratar las tendencias suicidas ya desde la primera sesión. Las razones de un paciente para intentar suicidarse proporcionan un punto de entrada para la pronta intervención terapéutica.

Hemos observado que las razones que los pacientes aducen con más frecuencia para explicar sus intentos de suicidio o los impulsos suicidas se pueden clasificar fácilmente. Algunos pacientes manifiestan que su objetivo es darse por vencidos, escapar de la vida: La vida es "simplemente demasiado" o "no merece la pena vivirse". Su malestar emocional o mental es intolerable; no ven solución a sus problemas y están cansados "cansados de luchar".

Otros suicidas afirman que han jugado con la muerte con objeto de producir algún cambio interpersonal. Esperaban que el intento de suicidio llamase la atención de alguna persona importante para ellos, hiciese que los demás se diesen cuenta de que "necesitaban ayuda", resolviese algún problema ambiental, o diese lugar a un período de hospitalización como escape temporal de su ambiente. Con frecuencia, hemos observado una combinación de varios de estos motivos, por ejmplo, huida del ambiente y manipulación de otras personas. Cuando el motivo es principalmente manipulativo, el intento de suicidio suele ser menos grave que cuando el objetivo que se persigue es huir de la vida.

De una muestra de 200 pacientes hospitalizados por haber intentado suicidarse, 111 (56%) manifestaron razones que podrían incluirse en la categoría de escape/huida. La mayoría de los pacientes no deseaban vivir, querían escapar de la vida y se habían decidido por el suicidio como la única solución viable a sus problemas. Por su parte, un 13% de los pacientes manifestaron que habían intentado suicidarse con el único propósito de intentar producir un cambio en otras personas o en el ambiente.

El 31% restante expuso distintos motivos en que se combinaban los fines manipulativos y de escape. De estos pacientes, aquéllos que obtuvieron puntuaciones más altas en desesperanza y en depresión tendían a apuntar la "huida de la vida" como razón principal para el intento de suicidio. En contraposición, los que puntuaron más bajo en desesperanza y en depresión tendían a designar razones manipulativas (Kovacs, Beck y Weissman, 1975).

Como primer paso para ayudar al paciente suicida, *el terapeuta debe entrar en su mundo y ver la realidad desde la óptica del paciente.* El motivo para el suicidio que exponga el paciente puede ayudar al terapeuta a determinar el ámbito de tratamiento y las técnicas más adecuadas. Por ejemplo, si el objetivo del paciente es huir hacia la muerte a través del suicidio, el ámbito principal del tratamiento sería su desesperanza y la ausencia de expectativas positivas. Si resulta que la visión negativa del paciente está basada en la realidad (por ejemplo, si su situación económica es verdaderamente desesperada, si él o algún miembro de su familia padece una enfermedad incurable, etc.), habría que recurrir a la intervención social adecuada. Sin embargo, cuando las expectativas negativas del paciente se basan en modos distorsionados o patológicos de verse a sí mismo y el mundo exterior, el terapeuta debe centrarse en las interpretaciones incorrectas y en el sistema de creencias irracionales.

Si el paciente ha intentado suicidarse para llamar la atención de los demás, el terapeuta ha de ayudarle a clasificar sus distintos motivos manipulativos. ¿Fue motivado el intento de suicidio por un deseo de amor y afecto, por un deseo de venganza o por la necesidad de expresar sentimientos hostiles? ¿Se debió a un fracaso de los modos de comunicación interpersonal convencionales? Si el objetivo de llamar la atención de otras personas a través del intento de suicidio se debe, por ejemplo, a una incapacidad para comunicar los propios problemas, el terapeuta debe centrarse en identificar las estrategias interpersonales desadaptativas o deficientes y enseñar al paciente técnicas más adaptativas para relacionarse con los demás.

El terapeuta debe ser capaz de comprender por qué los sentimientos del paciente le llevan a intentar suicidarse y experimentar, hasta cierto punto, la desesperación del paciente. La comprensión y la empatía permiten al terapeuta no sólo adecuar las técnicas de tratamiento a las necesidades concretas del paciente, sino también comunicar a éste que le "comprende". El terapeuta debe darse cuenta de que, según las premisas del paciente, la tendencia al suicidio no es "descabellada" —más bien parece una deducción lógica a partir de tales premisas—. De este modo, puede trabajar con el paciente para poner al descubierto los supuestos incorrectos que son la base de los impulsos suicidas...

Inclinación de la balanza en contra del suicidio

Al principio, es importante que el terapeuta "gane al tiempo" hasta que el riesgo de suicidio haya pasado. Una estrategia para que el paciente aplace el suicidio es hacer que se sienta tan implicado en el proceso de la terapia que

decida "resistir" hasta ver cómo se desarrolla el tratamiento. Es más, el terapeuta debe suscitar y mantener la curiosidad del paciente y estimular su interés en el proceso terapéutico. Y más aún, el terapeuta debe mantener la continuidad entre sesiones. Por ejemplo, puede trazar el puente de unión con la siguiente sesión elicitando preguntas del paciente y responder diciendo, "Esa es una pregunta que también a mí me intriga. Se me ocurren algunas cosas, pero las abordamos detenidamente la próxima vez. ¿Querría usted apuntar los pensamientos que se le ocurran acerca de esta cuestión entre ésta y la siguiente cita?".

No es necesario, ni siquiera posible en la mayoría de los casos, conseguir que el paciente se comprometa a no suicidarse *nunca.* Una promesa o un "contrato" para posponer el suicidio durante una semana o dos puede ser de gran importancia, si se piensa en el fuerte deseo de morir que experimenta el paciente. Considerando sus deseos más objetivamente y reconociendo la posibilidad de que puedan estar basados en razonamientos poco válidos, el paciente puede sentirse motivado para dejar de actuar según sus deseos suicidas, al menos hasta haberlos explorado en profundidad junto con el terapeuta.

Al formular el plan de tratamiento, es conveniente que el terapeuta trate la decisión de suicidarse como el resultado del conflicto entre los deseos del paciente de vivir y los deseos de morir. Como si se tratase de una declaración de guerra, puede tomarse una decisión irrevocable con el sólo margen de un voto a favor. En principio, por lo tanto, los esfuerzos del terapeuta deben dirigirse a ganar votos a favor de la vida.

Una vez que el paciente accede a sopesar los pros y los contras del suicidio, el terapeuta puede proceder a elicitar las "Razones para Vivir" y las "Razones para Morir". Aunque, al principio, el paciente puede tener dificultades para encontrar alguna razón en favor de la vida, sí suele ser capaz de recordar las razones que tenía en épocas anteriores para seguir viviendo. Una técnica útil consiste en hacer dos columnas en un pizarra o en una hoja de papel, donde terapeuta y paciente listarán las razones a favor de la vida que eran válidas en el pasado. El terapeuta procede a evaluar cuáles de las razones del pasado son también válidas en el presente o, al menos, cuáles podrían ser válidas en el futuro. Es interesante observar que el paciente suicida minusvalora o anula los factores positivos de su vida: (a) olvidándolos, (b) ignorándolos o (c) disminuyendo su valor. Haciendo que el paciente se dé cuenta de las razones para vivir, el terapeuta puede contrarrestar las razones para suicidarse.

El terapeuta debe tener cuidado al exponer los factores positivos que existen en la vida del paciente. Si éste piensa que lo que el terapeuta pretende es "disuadirle" del suicidio, puede adoptar una actitud negativa. El enfoque debe tomar un tinte empírico, como si se dijese, "Aunque usted esté convencido de que su decisión es correcta, merece la pena hacer una lista de los factores positivos que existen en su vida y ver lo que piensa acerca de ellos".

El terapeuta puede surgerir al paciente que evalúe la validez de cada uno de los factores listados.

Después de haber hecho la lista de las ventajas de vivir, terapeuta y paciente pueden pasar a hacer la lista de las ventajas e inconvenientes de morir. Una vez finalizado este procedimiento, el paciente depresivo suele mostrarse más objetivo: las razones para suicidarse no le parecen ya tan absolutas y convincentes como antes.

Es esencial que el terapeuta considere seriamente las razones que tiene el paciente para suicidarse y no descarte desdeñosamente lo que a él podrían parecerle razones triviales o irracionales. Sobre todo, debe evitar estratagemas como decir con ligereza, "Muy bien, si quiere suicidarse, adelante, hágalo".

El terapeuta también debe darse cuenta de que al paciente puede resultarle doloroso reconsiderar la decisión de suicidarse. El paciente puede haber atravesado momentos de gran confusión antes de tomar la decisión de poner fin a sus problemas suicidándose; retomar la cuestión puede significar para él tener que pasar otro período de confusión y, por lo tanto, acrecentar su dolor.

Tratamiento de la Desesperanza

Cuando se le pregunta por qué ha decidido suicidarse, el paciente suicida suele manifestar respuestas como las siguientes:

1. La vida no tiene sentido. No espero nada del futuro.
2. No puedo soportar la vida. Nunca seré feliz.
3. Me siento tan desgraciado que éste es el único modo de escapar.
4. Soy una carga para mi familia: estarán mejor sin mí.

Observamos que todas estas afirmaciones están relacionadas, en uno u otro sentido, con la desesperanza. Típicamente, el paciente considera el suicidio como la solución más atrayente para hacer frente a sus problemas. Se ve a sí mismo atrapado en una situación negativa que no tiene salida y considera insoportable continuar en tal situación. El suicidio le parece la única manera de terminar con sus problemas.

Si la desesperanza está a la base de los deseos de suicidio, pueden emplearse varios métodos para comunicar al paciente que (a) existen interpretaciones alternativas de su situación y del futuro menos negativas que las que él sostiene, y (b) tiene otras opciones aparte de su conducta actual, que, de hecho, puede llevarle a un callejón sin salida. Un ejemplo extremo de conducta desadaptativa nos lo proporciona una mujer que se había desesperado hasta el punto de llegar a pensar en el suicidio porque su novio llevaba varios días sin llamarla. Cuando se le preguntó si había algo que pudiese hacer en vez de sentarse al lado del teléfono a esperar su llamada, se puso muy contenta y dijo, "¡Claro! Podría llamarle".

Intentamos discutir el sentimiento de desesperanza del paciente *en la primera sesión*. Más adelante, tratamos de inducirle a identificar el grado de

pensamientos ilógicos y supuestos erróneos que le llevan a la desesperanza. Hemos elaborado una Esacala de Desesperanza (Beck *et al.*, 1974) que sirve como instrumento adicional para evaluar el riesgo de suicidio. Una puntuación alta en esta escala es casi siempre signo de una alta intencionalidad suicida; de hecho, predice la intencionalidad suicida mejor que la propia depresión (Beck *et al.*, 1975). Esta escala, para responder a la cual se necesitan sólamente unos minutos, puede aplicarse al paciente al comienzo de cada sesión —con objeto de que el terapeuta evalúe rápidamente el riesgo de suicidio.

Si la evaluación psicométrica y clínica indica un alto nivel de desesperanza, con los deseos suicidas asociados, el terapeuta debe orientar el tratamiento para *hacer frente a estos problemas inmediatamente*. No puede permitirse el lujo de esperar varias sesiones hasta que el cuadro se manifieste. Si el deseo de suicidarse del paciente no se explora a tiempo, éste puede no estar vivo para la siguiente sesión. Es más, a veces es conveniente mantenerse en contacto telefónico con el paciente hasta que haya superado la crisis. Es recomendable advertir del problema a los miembros de la familia o a un amigo, de modo que cooperen con el terapeuta.

La estrategia terapéutica específica para tratar la desesperanza se basa en la premisa de que el paciente se halla atrapado por la arbitrariedad de sus conclusiones. No se cuestionan sus creencias. Y aunque el terapeuta las ponga en duda, al paciente le siguen pareciendo razonables. Sin embargo, suscitando su interés por explorar la validez de sus ideas, podemos desbloquear este sistema cerrado. Al reflexionar sobre la evidencia a favor de sus creencias, el paciente puede recordar o recoger datos en contra de éstas. Provocando una "disonancia cognitiva", es decir, demostrando las contradicciones existentes en el sistema de creencias, podemos abrirlo a la luz de la razón y de la información adecuada.

Una técnica empleada en algunos de los casos mencionados en este capítulo consiste en introducir datos que sean contradictorios con el sistema de creencias del paciente. Dado que sus creencias no pueden explicar los datos, se hacen más susceptibles de modificación.

Una paciente experimentó intensos deseos de suicidio tras la ruptura con su segundo marido. Cuando el terapeuta le preguntó por qué pensaba que el suicidio era la única respuesta a sus problemas, dijo, "No puedo vivir sin Peter". Al irse sucediendo otras preguntas, la paciente dijo, "No puedo salir adelante sin un hombre".

Cuando se le preguntó si siempre había necesitado un hombre, la paciente experimentó un "click cognitivo". Como si se tratase de una iluminación, dijo, "En realidad, la mejor época de mi vida fue cuando estaba sola. mi exmarido había ingresado en el ejército y yo tenía trabajo y vivía sola". En este caso, el dato contradictorio lo constituía el hecho de que había salido adelante por sí sola. Esta pequeña evidencia hizo que la paciente rechazase la idea, "Cuando estoy sola no sirvo para nada". Al reconocer la falacia de esta idea, su actitud ante su propia competencia comenzó a

modificarse. Recuperó el gusto por la independencia y sus deseos suicidas fueron desapareciendo gradualmente.

Otro ejemplo de cómo un paciente puede darse cuenta de las inconsistencias en su sistema de creencias se presenta en el siguiente diálogo con una paciente de 25 años que acababa de intentar suicidarse y aún abrigaba esta idea. Pensaba que su vida había "terminado" porque su marido le era infiel. Un aspecto interesante es que el terapeuta se dedicó sistemáticamente a formular preguntas que pudiesen proporcionar datos contradictorios con las conclusiones de la paciente y, por lo tanto, que fomentasen pensamientos más lógicos.*.

TERAPEUTA: ¿Por qué quiere poner fin a su vida?

PACIENTE: Sin Raymond, no soy nada ... No puedo ser feliz sin él ... Pero no puedo salvar nuestro matrimonio.

T: ¿Cómo ha sido su matrimonio?

P: Ha sido muy desgraciado desde el principio ... Raymond siempre me ha sido infiel ... Apenas le he visto durante los últimos cinco años.

T: Dice usted que no puede ser feliz sin Raymond ... ¿Ha sido feliz mientras estaba con él?

P: No, nos peleábamos continuamente y yo me sentía peor.

T: Entonces, por qué piensa que Raymond es esencial en su vida?

P: Creo que es porque sin él no soy nada.

T: ¿Le importaría repetir eso?

P: *Sin Raymond, no soy nada.*

T: ¿Qué piensa de esa idea?

P: ... Bueno, ahora que lo pienso, creo que no es completamente cierta.

T: Dice que no es "nada" sin Raymond. Antes de conocerle, ¿pensaba que no era "nada"?

P: No.

T: Entonces, ¿está diciendo que es posible ser alguien sin Raymond?

P: Creo que sí. *Puedo* ser alguien sin él.

T: Si usted era alguien antes de conocerle, ¿por qué le necesita para ser alguien ahora?

P: (confundida): Mmmm ...

T: Usted parece indicar que no puede seguir viviendo sin Raymond.

P: Bueno, no creo que pueda encontrar a alguien como él.

T: ¿Tenía usted amigos antes de conocer a Raymond?

* Este diálogo es la ampliación de una entrevista que apareció anteriormente en *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* La Terapia Cognitiva y los Trastornos Emocionales (Beck, 1976, págs. 289-291).

P: Yo era bastante popular entonces.

T: Así pues, si yo la he entendido bien, usted era capaz de enamorarse de otros hombres y varios de ellos se enamoraron de usted.

P: Ya lo creo.

T: ¿Por qué piensa que ahora, sin Raymond, no sería popular?

P: Porque los hombres no se sienten atraídos por mí.

T: ¿Ha habido algún hombre que haya mostrado interés por usted, estando ya casada?

P: Muchos hombres se han fijado en mí, pero yo los he ignorado.

T: Si usted no estuviese casada, ¿cree que los hombres se interesarían por usted —sabiendo que no tenía compromiso?

P: Supongo que sí.

T: ¿Es posible que usted encontrase a un hombre más fiel que Raymond?

P: No sé ... supongo que podría ser.

T: ¿Cree usted que existen otros hombres tan buenos como Raymond?

P: Creo que existen hombres mejores que Raymond por la sencilla razón de que Raymond no me quiere.

T: Dice que no puede soportar la idea de que se rompa su matrimonio.

¿Es cierto que apenas ha visto a su marido durante los últimos cinco años?

P: Es cierto. Sólamente le he visto un par de veces al año.

T: ¿Hay alguna posibilidad de volver con él?

P: No, él está con otra mujer. No me quiere.

T: Entonces, ¿qué es lo que perdería usted al disolver el matrimonio?

P: No lo sé.

T: Es posible que a usted le fuese mejor después de poner fin a su matrimonio.

P: Eso no me lo garantiza nadie.

T: ¿Es el suyo un *verdadero matrimonio?*

P: Supongo que no.

T: Si su matrimonio no es un verdadero matrimonio, ¿qué ha de perder si decide ponerle fin?

P: (llorando): Nada, creo.

T: Bien, ¿qué piensa de la posibilidad de encontrar a otra persona?

P: Ya sé por dónde va usted y sé que va bien encaminado. Realmente he estado pensando que ya no hay ninguna razón para que yo siga "pegada" a Raymond cuando está claro que él no me quiere. Creo que lo mejor que puedo hacer es una ruptura amistosa.

T: Si lo hiciese, ¿cree que podría sentirse atraída por otros hombres?

P: Antes fui capaz de enamorarme de otros.

T: Bien, ¿qué piensa?, ¿podría enamorarse de nuevo?

P: Sí, creo que sí.

En este momento de la discusión, era evidente que la paciente ya no estaba deprimida y que no iba a suicidarse. El objetivo de la terapia era hacer que se diese cuenta de que no perdía nada separándose de Raymond (ya que la relación no existía de hecho) y de que había *otras opciones* para ella. El terapeuta también comenzó a hacer mella en la fórmula, "Si no soy amada, no soy nada".

Después de esta entrevista, la paciente estaba más alegre y parecía haber superado la crisis de suicidio. En la siguiente sesión, dijo que había una cuestión sobre la que no había dejado de hacerse preguntas en casa: ¿Cómo podía no ser "nada" sin Raymond, cuando había vivido feliz y había sido una persona como las demás antes de conocerle? En base a la revisión de las preguntas formuladas por el terapeuta en la sesión anterior, había decidido separarse legalmente. Al poco tiempo, estaba divorciada y adaptada a una vida más estable.

En este caso, las preguntas iban dirigidas a las creencias de la paciente de que (a) necesitaba a su marido para ser feliz, para funcionar y para tener una identidad propia, (b) tenía un matrimonio viable o, al menos, que podía salvarse, (c) el final de su matrimonio sería una pérdida irreversible y (d) no tenía futuro sin su marido. La paciente consiguió darse cuenta de la falacia de sus creencias y sus pensamientos; en consecuencia, se dio cuenta de que tenía otras alternativas además de las dos que había considerado: *bien* intentar salvar un matrimonio ya deshecho, *o bien* suicidarse. En otros casos, el terapeuta tiene que trabajar con el paciente para generar alternativas más realistas a las ideas de suicidio.

Resolución de Problemas con Pacientes Suicidas

Muchos pacientes suicidas tienen problemas reales que contribuyen a su desesperanza y su deseo de morir. Estos factores ambientales cubren la amplia gama de presiones sobre el individuo humano, pero existen varias categorías generales que parecen dar cuenta de la mayor parte de dichos factores.

Nuestro análisis de las historias de pacientes *varones* que habían intentado suicidarse sugiere que el factor stressante de más peso en el intento de suicidio está relacionado con la ejecución en el ámbito laboral o escolar/académico. Cuando existe una gran discrepancia entre las expectativas del individuo acerca de sí mismo y su ejecución real, tiende a experimentar una fuerte disminución en su nivel de autoestima y una negativización de sus perspectivas de cara al futuro. En el caso típico de un suicida, la pérdida de autoestima se generalizó, dando lugar a ideas como, "Soy un inútil, ... he decepcionado a todo el mundo". La secuencia natural era, "No hay ningún sitio a donde pueda ir. No puedo hacer nada en este mundo. No hay otra salida más que el suicidio".

Los factores desencadenantes típicos se ilustran en los siguientes ejemplos de pacientes varones que intentaron suicidarse. Un muchacho de 12 años se empezó a preocupar y a poner muy nervioso porque sus notas medias habían bajado hasta el punto de poner en peligro la beca que disfrutaba. El muchacho pensó, "Mi madre se disgustará conmigo ... Tendré que ir a la escuela pública ... Nunca tendré éxito ... Soy un fracaso". Intentó colgarse, pero fue rescatado en el último momento.

Su madre, de hecho, tenía unas expectativas demasiado rígidas y poco razonables y se disgustó, manifestando su rechazo, porque el chico hubiese "fracasado" en la escuela. Parte del tratamiento, por lo tanto, se dirigió a moderar las demandas de la madre y sus maestras de desaprobación hacia el chico. Este por su parte, tenía que definir su problema: (a) Decidir qué quería hacer; es decir, ir a la escuela pública, donde la competitividad sería menor o permanecer en la escuela donde estaba porque recibiría una educación mejor. El muchacho debía darse cuenta de que las dos alternativas tenían ventajas y que su elección, cualquiera que fuese, no sería "desastrosa". (b) Aprender a enfrentarse a su madre, comunicándole la actitud, "Es mi vida, no la tuya".

Un ejemplo distinto nos lo proporciona un cabeza de familia que había perdido su empleo. Sus pensamientos seguían la secuencia típica a partir de, "Soy un inútil, mi familia estaría mejor si yo estuviese muerto". La terapia se centró en (a) definir el problema de buscar otro trabajo, y (b) obtener los fondos suficientes para mantener a su familia hasta que encontrase otro empleo. La intervención psicológica consistió en pedir al paciente que hiciese una lista de los aspectos en que su familia saldría beneficiada si él muriese y una lista con los sentimientos que experimentarían por su pérdida. Representando el papel de uno de los miembros de su familia, el paciente experimentó la aflicción que su familia sentiría si él muriese.

Hemos observado que los intentos de suicidio entre las mujeres suelen ir precedidos de una fricción o de la ruptura de sus relaciones con otra persona. Una mujer estaba preocupada porque su marido cada vez pasaba más tiempo fuera de casa. Su secuencia de ideas se desarrollaba entre, "Estoy perdiendo a Tom" y "Sería mejor si estuviese muerta". En este caso, el problema giraba en torno a la relación —realmente deteriorada— con su marido. La paciente necesitaba ayuda para relacionarse más eficaz y satisfactoriamente con su marido. Si este procedimiento resultase insuficiente, sería indicado el consejo matrimonial.

En todos estos casos que acabamos de citar, estaban implicados problemas "de la vida real": (a) tomar una decisión referente a la escuela, (b) disponerse a encontrar otro empleo y, entre tanto, conseguir un seguro de desempleo, (c) tratar de mejorar una relación poco satisfactoria con el marido.

Al proponer soluciones para estos problemas, el terapeuta debe tener en cuenta que es probable que la carga de pesimismo del paciente anule

cualquier alternativa que le sugiere. Dado que el paciente considera sus opciones de un modo distorsionado, el terapeuta debe ser cauto y no aceptar de entreda el rechazo de un plan por parte del paciente. La elección del suicidio como curso de acción razonable suele estar basada en la estimación negativa y poco realista que el paciente hace de la evolución de sus problemas. El tipo de "solución" también refleja el pensamiento dicotómico del paciente: "O mi marido vuelve a mí, o *bien* me suicidaré", "*Bien* consigo una beca, *o bien* abandonaré la escuela".

Técnica de Inoculación de Stress

Los tipos de situaciones que parecen estar relacionados con muchos de los intentos de suicidio no son infrecuentes. De hecho, la mayoría de las personas de nuestra cultura han experimentado este tipo de situaciones ansiógenas en una u otra ocasión.

¿Por qué algunas personas piensan en el suicidio al enfrentarse con un problema grave, en tanto que otras despliegan intentos adaptativos de resolver el problema o bien deciden "vivir con esa carga", resignándose a no ser felices? Desgraciadamente, no conocemos la respuesta completa, pero hemos recogido algunos indicios a partir de los estudios clínicos.

Los individuos con tendencia al suicidio presentan una disposición a sobrestimar la magnitud y el carácter irresoluble de los problemas. En este sentido, perciben los problemas pequeños como graves y los de cierta magnitud como abrumadores. Además, estos individuos muestran una increíble falta de confianza en sus propios recursos para resolver problemas. Por último tienden a proyectar todo este cuadro de actitudes negativas hacia el futuro. Presentan, por lo tanto, las características principales de la Tríada Cognitiva: una visión exageradamente negativa del mundo que les rodea, de sí mismos y del futuro.

Aún existe otra característica que diferencia al paciente suicida del no suicida. De alguna manera, el suicida ha incorporado la idea de resolver los problemas a través de la muerte: "Todos mis problemas se solucionarían si yo estuviese muerto". El individuo no suicida, por su parte, está frustrado por no encontrar la solución a sus problemas, pero presenta una cierta tolerancia a la incertidumbre: "Quizás consiga resolverlo, quizás no". Además, este individuo es capaz de probar distintas soluciones a lo largo del tiempo. El suicida presenta una tolerancia a la incertidumbre realmente escasa. Si no se le ocurre una solución inmediata, se desencadena la idea de que tampoco se le ocurrirá en el futuro y, por consiguiente, la idea de que "La muerte es la única solución".

El deseo de morir puede alcanzar proporciones verdaderamente increíbles. En cierto sentido, el suicidio actúa como una "droga" para el individuo suicida y, lo mismo que le sucede al drogadicto, el suicida considera deseable y adecuada su propia forma de "alivio".

La tendencia al suicidio de un paciente se va a convertir en el objetivo principal de la terapia. Un procedimiento que parece prometedor consiste en entrenar al paciente a (a) elaborar soluciones a sus problemas y (b) desviar la atención (por medio de la distracción) de los deseos o ideas suicidas, como se hace en el caso de las obsesiones y el dolor (Meichenbaum, 1977). La preparación para hacer frente a los problemas consiste en esbozar situaciones ansiógenas típicas y de ocurrencia probable y pedirle al paciente que elabore soluciones. Con muchos pacientes se puede emplear la técnica de "fantasía forzada" (práctica cognitiva). Se les pide que:

1. Se imaginen a sí mismo en una situación límite.
2. Intenten experimentar la desesperación típica y los impulsos suicidas.
3. Traten de generar soluciones a los problemas, a pesar de los "impulsos suicidas".

A continuación , se anima al paciente a que practique esta técnica en situaciones de la vida real; esto es, poniéndose en una situación desagradable e intentando pensar en soluciones realistas a los problemas que surjan. En la misma línea, la técnica de inoculación de stress se emplea para entrenar al paciente a distraerse de sus ideas de suicidio. Un método similar es el que emplea el Dr. Keith Hawton de Oxford. Intenta preparar al paciente para que haga frente a futuras crisis mediante la siguiente estrategia: Le presenta al paciente situaciones problemáticas hipotéticas, pero realistas, similares a las que el paciente ha vivido en el pasado; a continuación, examinan detenidamente los cursos de acción posibles después de haber tenido lugar la situación. Paralelamente, puede inducirse al paciente a "revivir" problemas anteriores que desencadenarán los impulsos suicidas y a imaginar técnicas adaptativas aplicables para hacer frente a dichos impulsos.

Intensificación de los deseos suicidas durante la terapia

EL terapeuta debe saber que el deseo de morir puede fluctuar considerablemente a lo largo del tratamiento. Debe comunicar este hecho al paciente y advertirle que una intensificación repentina de los impulsos suicidas no debe interpretarse como signo de retroceso en el tratamiento. Al principio de la terapia, el terapeuta debe revisar junto con el paciente suicida distintas estrategias que éste puede aplicar para hacer frente a una súbita intensificación de los impulsos suicidas. El terapeuta puede preparar al paciente diciéndole:

> Uno de los principales objetivos de la terapia es que usted aprenda a hacer frente a los impulsos suicidas. Por eso, debe vigilarlos constantemente. En cuanto se dé cuenta de su aparición, debe poner en práctica las técnicas para enfrentarse a ellos. En este sentido, los deseos suicidas pueden proporcionarle una valiosa experiencia de aprendizaje. De hecho —si quiere— podemos practicar ahora mismo lo que usted debe hacer siempre que experimente el deseo de morir.

El terapeuta siempre debe mantenerse alerta a los efetos de posibles experiencias traumáticas fuera de la terapia que pudiesen activar o intensificar los deseos suicidas. Varias veces se nos ha presentado el caso de pacientes

que no presentaban tendencia al suicidio al comienzo de la terapia, pero que se convirtieron en suicidas como consecuencia de varios acontecimientos negativos. En una paciente, por ejemplo, surgieron las ideas suicidas cuando la dejó su novio. El terapeuta tuvo que examinar con todo detalle por qué el abandono llevaba inexorablemente a la decisión de morir. Se puso al descubierto un nido de actitudes irracionales: por ejemplo, las ideas "No puedo vivir sin amor", "Si nadie me ama, no soy nada", "La muerte es el único alivio de mi dolor".

Los pacientes que han llevado a cabo intentos de suicidio antes de la terapia tienen una especial tendencia a experimentar una intensificación de los deseos suicidas en el transcurso de la misma; es decir, es probable que las presiones habituales de la vida activen los deseos suicidas o los intentos de suicidio, incluso aunque parezca que la terapia va progresando. Algunos pacientes se disgustan cuando experimentan deseos suicidas y llegan a la conclusión de que no progresan o de que la terapia no es eficaz. A estos pacientes debe informárseles de que los impulsos suicidas pueden considerarse como un recurso valioso para la terapia. El terapeuta debe adoptar la postura de que este hecho representa una oportunidad en vez de un retroceso: la aparición o intensificación de los deseos suicidas da lugar a "trabajar sobre ellos" en la situación terapéutica.

CAPITULO 11
ENTREVISTA CON UN PACIENTE DEPRESIVO SUICIDA

Una prueba del valor de la terapia cognitiva es su ámbito de aplicabilidad a través de un amplio rango de problemas clínicos y de una gran diversidad de pacientes. Para superar esta prueba, el sistema de terapia debe proporcionar un marco conceptual suficientemente flexible y un número de técnicas adecuado para cubrir las diferentes demandas de un paciente determinado en distintos momentos, así como las demandas de diferentes pacientes.

Quizás el principal desafío que tiene planteado la terapia cognitiva es su eficacia en el tratamiento del paciente suicida. En estos casos, es frecuente que el terapeuta tenga que modificar los procedimientos sobre la marcha y adoptar un papel activo para traspasar la barrera de desesperanza y resignación del paciente. Dado que su intervención puede ser decisiva para salvar la vida del paciente, debe apoyarse en su propio ingenio e intentar satisfacer varios objetivos inmediatos: establecer una relación de trabajo con el paciente, evaluar la intensidad de la depresión y de los deseos de suicido, obtener una visión general de la situación de vida del paciente, especificar las "razones" para desear suicidarse, determinar la objetividad potencial del paciente y descubrir puntos de entrada para penetrar en su mundo fenoménico, introduciendo a la vez elementos de realidad.

Esta empresa, como se ilustra en la siguiente entrevista, requiere todas las cualidades de un "buen terapeuta" —sinceridad, adaptación, empatía—, así como la aplicación de las estrategias adecuadas a partir del sistema de la terapia cognitiva.

La paciente era una psicóloga clínica de 40 años a quien su novio acababa de abandonar. Presentaba una historia de depresiones intermitentes desde la edad de 12 años; había recibido distintos tipos de terapia psicológica, fármacos antidepresivos, terapia electroconvulsiva y había estado hospitalizada varias veces. El terapeuta actual (A. T. Beck) había visto a la paciente en cinco ocasiones a lo largo de un período de 7 u 8 meses. En el momento de realizarse la presente entrevista, era evidente que la paciente estaba deprimida y podía llegar a cometer un suicidio.

que hacer, si quiere superarlo es refutar la idea de que, "Soy débil si no tengo un hombre". ¿Está dispuesta a hacer la prueba? Entonces tendrá la repuesta. Muy bien, llámeme para decirme cómo va y entonces, prestaremos atención a las demás tareas.

Al final de la entrevista, es evidente que la crisis de suicidio ha pasado. La paciente se sentía notablemente mejor, era más optimista y había decidido hacer frente a sus problemas y resolverlos. A partir de este momento, acudió con mayor regularidad a las sesiones de terapia cognitiva, trabajando con otro de los miembros del equipo en la identificación y resolución de sus problemas intra e interpersonales.

Esta entrevista constituye el modelo típico de nuestras estrategias de intervención en las crisis de suicidio, pero se desvía en cierta medida del procedimiento sistemático que empleamos durante las fases más moderadas de la depresión. Generalmente intentamos atenernos al principio de empirismo colaborativo (Capítulo 1) en nuestras entrevistas y nos desviamos de los procedimientos standard sólamente durante períodos de tiempo limitados. Una vez superada la crisis, el terapeuta vuelve a adoptar un papel menos activo, estructurando la sesión de modo que el paciente asuma la mayor parte de la responsabilidad a la hora de identificar sus problemas y de proponer soluciones.

CAPITULO 12
SUPUESTOS DEPRESOGENOS

A medida que avanza la terapia y que los síntomas del paciente disminuyen, el objetivo principal de la terapia pasa a ser la modificación de los supuestos incorrectos —las creencias básicas que predisponen a una persona a la depresión—. La modificación de los supuestos incorrectos o inadecuados ejerce una influencia directa sobre la capacidad del paciente para evitar posibles depresiones futuras.

Aunque se pueden encontrar temas comunes en el sistema de creencias de los pacientes depresivos, cada paciente tiene un conjunto de reglas propio. Se necesita tiempo y esfuerzo para descubrir y modificar los supuestos inadecuados específicos de un determinado paciente. Tanto por razones prácticas como de la propia terapia, el paciente debe participar activamente en el proceso de tratamiento. Para subrayar la importancia de la modificación de estas reglas, el terapeuta puede decirle al paciente que, incluso cuando hayan desaparecido los síntomas, seguirá siendo vulnerable a otras depresiones futuras hasta que se identifiquen y modifiquen las creencias inadecuadas.

Las reglas en base a las cuales el individuo trata de integrar y asignar un valor a los datos brutos de la experiencia se basan en supuestos fundamentales que conforman su patrón de pensamientos automáticos. Durante el período de desarrollo, todo individuo aprende una serie de reglas o fórmulas a través de las cuales intenta "dar un sentido" al mundo. Estas fórmulas determinan cómo va a organizar el individuo las percepciones en cogniciones, cómo se va a marcar unos objetivos, cómo evalúa y modifica su conducta y cómo interpreta sus experiencias. En esencia, los supuestos básicos forman la matriz de los significados y valores personales, el marco en el cual los acontecimientos adquieren relevancia, importancia y significado. Los supuestos desadaptativos difieren de los adaptativos en que los primeros son inadecuados, rígidos y exagerados. Beck (1976) escribe sobre la naturaleza de estas reglas desadaptativas:

> Los errores del pensamiento como la exageración, el exceso de generalización, y los pensamientos absolutistas surgen en el marco de la regla y, en consecuencia,

presionan al individuo a llegar a conclusiones exageradas, absolutas y excesivamente generales. (Evidentemente, en los estados normales, existen también reglas más flexibles que tienden a mitigar las reglas extremas que prevalecen en los estados patológicos.) Cuando el contenido de la preocupación del paciente se relaciona con su susceptibilidad o sensibilidad, las reglas primitivas desplazan a los conceptos maduros. Una vez que el paciente ha aceptado la validez de una conclusión extrema, se hace más fácil la expansión progresiva de las reglas primitivas... Dado que las reglas suelen expresarse en términos absolutos, dan lugar a conclusiones extremas. Se aplican como en un silogismo.

Premisa mayor: "Si no tengo amor, soy una inutil".

Caso croncreto: "Raymond no me ama".

Conclusión: "Soy una inútil".

Evidentemente, el paciente no experimenta la secuencia de pensamientos en forma de silogismo. La premisa mayor es ya parte de su organización cognitiva y se aplica a las circunstancias del momento. El paciente puede darle vueltas a la premisa mayor (la situación específica) y ciertamente es consciente de la conclusión. (Pág. 100).

Estas reglas se activan en situaciones que afectan a las áreas relevantes para la vulnerabilidad del individuo, como por ejemplo, aceptación-rechazo, éxito-fracaso, salud-enfermedad, o ganancia-pérdida. Por ejemplo, un paciente que sostenía la creencia de que tenía que ser perfecto, se trazaba objetivos de ejecución muy altos. Medía su propia valía en función de la calidad de las cosas que hacía o del número de objetivos que era capaz de lograr. La valía venía dictada por sus supuestos, que determinaba los acontecimientos a los que prestar atención y el modo de evaluarlos.

Estos supuestos son aprendidos y, en alguna ocasión, pueden haber sido diferentes. Pueden derivarse de experiencias infantiles o de las actitudes y opiniones de los padres o de los compañeros. Muchos de los supuestos se basan en reglas familiares. Por ejemplo, un padre puede decirle a su hijo, "Sé bueno o Nancy no te querrá". El niño puede repetir esto en voz alta, en un primer momento; para sí mismo, después. Transcurrido un tiempo, el niño desarrollará la regla subyacente: "Mi valía depende de lo que otras personas piensen de mí". Además, muchos de los supuestos desadaptativos están reforzados culturalmente.

Beck (1976) especificó algunos de los supuestos que predisponen a la tristeza o a la depresión (págs. 255-256). Algunos ejemplos son:

1. Para ser feliz, debo tener exito en todo lo que me proponga.
2. Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
3. Si comento un error, significa que soy un inepto.
4. No puedo vivir sin ti.
5. Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo, significa que no le gusto.
6. Mi valía personal depende de lo que otros piensen de mí.

Si un paciente lleva deprimido mucho tiempo, defiende sus supuestos y conclusiones negativas con gran tenacidad. Rara vez examina o pone en duda sus puntos de vista. Forman parte de su identidad, tanto como ser hombre o

mujer. Si el teraperuta cuestiona estos puntos de vista, el paciente puede interpretarlo como un ataque o como falta de empatía. Es probable que la convicción con que el paciente defiende sus creencias no varíe con la intensidad de la depresión.

Identificación de los supuestos inadecuados

Paciente y terapeuta trabajan juntos para descubrir estos supuestos. La naturaleza colaborativa de este esfuerzo es importante por varias razones. En primer lugar, está la consideración práctica del tiempo y las energías del terapeuta. Dado que la terapia cognitiva es activa y directa, se exige del terapeuta un trabajo mayor que en otras formas de terapia.

Los pacientes por su parte, se benefician de la toma de un papel activo en la identificación y corrección de los supuestos contraproducentes. A algunos pacientes puede decírseles que sus problemas se deben principalmente a que, en el pasado, han dejado que otras personas pensasen por ellos. Sus verdaderos supuestos no afloran porque "han adoptado los de otras personas". Al identificar y modificar sus creencias incorrectas, lo pacientes *aprenden a pensar por sí mismos.*

El paciente ha de identificar sus supuestos para hacer plausible el proceso de aprendizaje. El terapeuta puede guiar al paciente en esta exploración ayudándole a inferir los supuestos a partir de las cogniciones inadecuadas y sometiendo a prueba las reglas que hayan sido inferidas.

Si el terapeuta se precipita en la identificación de una creencia básica, corre el riesgo de confundir al paciente. Puede suceder que éste se muestre de acuerdo con la formulación del terapeuta por mera aquiescencia y no por convicción, o bien que la rechace y, por tanto, impide la investigación de dicha creencia. El terapeuta debe recordar que la mayor parte de los supuestos no son evidentes para el paciente sin un considerable grado de introspección. Probablemente surgirán problemas si le dice al paciente, "Usted se dice a sí mismo, "Tengo que ser perfecto", o "Usted se dice a sí mismo, "Debo conseguir que todo el mundo me acepte". El paciente puede darse cuenta de sus pensamientos automáticos, pero no de los supuestos subyacentes.

Finalmente, y dado que los supuestos son abstractos e impalpables, el paciente debe participar activamente en su identificación. Una vez que la terapia ha superado los datos concretos de los pensamientos automáticos y de las conductas observables, existe el peligro de que la intervención terapéutica pierda su rumbo. En este momento, los terapeutas son especialmente vulnerables al riesgo de presentar sus propios sesgos —lo que *ellos* especulan sobre la naturaleza de las creencias del paciente—. Sin embargo, si el terapeuta escucha al paciente y trabaja conjuntamente con él, es más probable que la terapia se desarrolle adecuadamente.

Al principio, el terapeuta hace inferencias o formula hipótesis sobre los supuestos del paciente. La información sobre estos supuestos se recoge observando cómo justifica el paciente una determinada cognición o cómo le perturba un determinado pensamiento. El terapeuta siempre debe evitar

llegar a conclusiones sobre los supuestos del paciente. Permanecerá ingenuo y curioso ante el contenido de la fórmula que conforma un determinado pensamiento perturbador.

Un modo de ayudar al paciente a hacerse consciente de sus supuestos básicos consiste en proceder de lo específico y explícito a lo general e inferido. Existen tres fases en este proceso. En la primera fase, el paciente identifica sus pensamientos automáticos e informa de ellos. La segunda fase se refiere a la identificación de los contenidos generales de los pensamientos automáticos. La última fase se centra en delinear o formular las reglas o ecuaciones principales del paciente acerca de su vida.

Cuando el paciente ha manifestado un número suficiente de pensamientos automáticos, surgirán los contenidos característicos; por ejemplo, la creencia de que es antipático, inútil, feo o inepto. Los pensamientos automáticos del paciente suelen partir de un *supuesto implícito* sobre el cual descansa la cognición. Aunque el supuesto no suele ser evidente, la regla que gobierna la actitud del paciente puede inferirse a partir de una lista de las cogniciones y eventos que produce la disforia.

Por ejemplo, un ingeniero de 38 años expuso las siguientes cogniciones perturbadoras:

1. Mi trabajo es de baja calidad.
2. No sé arreglar la bicicleta.
3. Soy incapaz de segar el césped.
4. No sé hacer una venta.
5. El papel de la pared no casaba.

Los contenidos inferidos a partir de estas cogniciones incluían (a) ejecución y (b) criterios perfeccionistas. Estos últimos se ponen de manifiesto cuando se elicita la base de alguna de estas cogniciones. Por ejemplo, la cognición, "Soy incapaz de segar el césped" se basaba en el dato objetivo de que, aunque de hecho había segado el césped, la máquina se averió antes de finalizar el trabajo. El defecto en el empapelado era imperceptible para cualquier otra persona. El terapeuta verbalizó supuestos como los siguientes, "Si no tengo éxito en lo que hago, significa que soy un perdedor", "Si cometo un error, soy un inepto", "Hacer un trabajo incompleto o con algún defecto, es como no haber hecho nada". A continuación, consultó con el paciente la adecuación de estos supuestos. La formulación precisa de los supuestos exige "ponerse en la onda" del paciente.

El tipo de errores de pensamientos que el paciente presenta (exceso de generalización, conclusiones arbitrarias, razonamiento dicotómico) pueden constituir buenos indicios para llegar a los supuestos subyacentes. Por ejemplo, es probable que los supuestos subyacentes del paciente que generaliza en exceso respecto a un determinado grupo de acontecimientos se caractericen también por una generalización excesiva.

Otro indicio para llegar al sistema de creencias del paciente es el uso que hace de determinadas palabras. Las palabras generales y vagas que el paciente acostumbra a emplear resultan especialmente útiles para descubrir sus

supuestos. Dado que los supuestos básicos suelen haberse aprendido en fases tempranas del desarrollo, las palabras generales y, hasta cierto punto, infantiles, como "estupido" y "tonto", pueden constituir indicios para llegar a los supuestos. Una vez que se han identificado estas palabras de uso frecuente, han de ser exploradas en profundidad. El paciente debe explicar con detalle su significado.

Aunque la terapia cognitiva es bastante estructurada en general, permitir ocasionalmente que al paciente divague puede señalar la dirección para llegar a los supuestos subyacentes. En estas ocasiones, el terapeuta intenta comprender la visión que el paciente tiene del mundo, en lugar de corregir sus distorsiones. En este mismo sentido, la terapia cognitiva se centra principalmente en los problemas actuales, pero permitir al paciente que hable de algunas experiencias pasadas puede facilitar el descubrimiento de los supuestos básicos.

Cuando parece que el paciente es feliz con determinados acontecimientos, las preguntas sobre sus pensamientos pueden conducir a sus reglas básicas. Muchas de las fórmulas inadecuadas "recompensar" al paciente cuando se ponen en marcha. Por ejemplo, la persona que se identifica con su trabajo puede aparecer radiante cuando le alaban el trabajo realizado. (Por el contrario, tendrá problemas cuando crea que su ejecución está por debajo de los criterios que se había trazado.)

Un último indicio para decubrir el sistema de creencias subyacentes es el modo como el paciente interpreta el comportamiento de otros. Expresiones como, "Mary es feliz porque tiene marido" pueden ser especialmente relevantes. En este caso, se apunta a la creencia, "no puedo ser feliz a no ser que tenga un marido".

En el siguiente caso, el terapeuta se sirvió de varios métodos para descubrir los supuestos primarios y secundarios de una paciente con una depresión intensa. La paciente era una mujer de 33 años con dos hijos y recientemente divorciada. La depresión comenzó al poco tiempo de haberse divorciado, cuando se mudó de un ambiente rural a un ambiente urbano. Sus hijos experimentaron problemas de adaptación y ajuste a su nuevo ambiente.

Durante la primera fase del tratamiento, se pidio a la paciente que registrase los pensamientos automáticos que precedían a sus sentimientos negativos. Algunos ejemplos de pensamientos automáticos se presentan en la Figura 3. A continuacion, se le enseñó a responder a estos pensamientos con otros más realistas y positivos.

Durante la siguiente fase del tratamiento, se abstrayeron los contenidos generales de los pensamientos automáticos negativos. Uno de los contenidos se refería a cómo la veían otras personas. Ella pensaba que debía parecer "agradable" a los demás. "Agradable" era una de las palabras que empleaba con más frecuencia, por lo que el terapeuta le pidió que explicase su significado. Para ella, ser "agradable" consistía en parecer brillante y atractiva de cara a los demás.

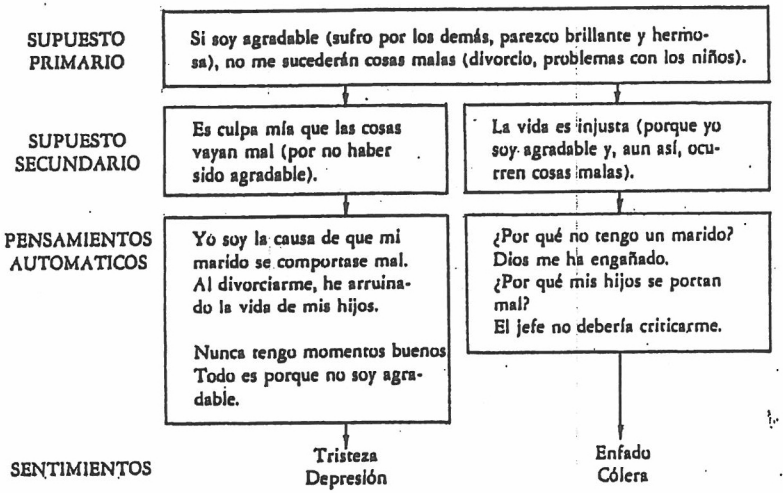


FIGURA 3. Esquema de las Cogniciones y los Sentimientos

Otro de los contenidos generales era la tendencia a culparse cuando las cosas iban mal. Los ejemplos de "cosas malas" iban desde el propio divorcio hasta un pinchazo de las ruedas. En varios de estos incidentes, la paciente pensaba que tenía razones para sentirse culpable. Por ejemplo, uno de sus hijos tenía problemas en la escuela; ella creía que este problema había surgido porque no había sido una buena madre. La autoculpabilización llevaba a los sentimientos de tristeza y depresión.

Un tercer contenido se refería a las "injusticias" de la vida. Este contenido se centraba en las cosas que otras personas tenían y ella no, como, por ejemplo, un marido, buenos momentos, dinero. Estos procedimientos daban lugar a sentimientos de cólera.

El siguiente diálogo puso al descubierto una de las creencias básicas:

TERAPEUTA: Su pensamiento automático era, "Los niños no deberían pelear se ni ser tan traviesos". Pero como no es así, "Yo debo ser una madre despreciable". ¿Por qué no deberían los niños ser traviesos?

PACIENTE: Porque... yo soy tan agradable con ellos...

T: ¿Qué quiere decir con eso?

P: Bueno, si uno es agradable, no deberían sucederle cosas malas.

(En este momento, la paciente tenía los ojos llorosos.)

Las fórmulas del paciente pueden servir para explorar en distintas direcciones. En este caso, la paciente pensaba, "Me han sucedido cosas malas; eso quiere decir que no soy agradable". Esta idea se seguía de su falsa premisa de que se pueden evitar las desgracias "comportándose de forma agradable".

El terapeuta preguntó, "¿Quién le ha dicho que, si se comporta de forma agradable, no le sucederán cosas malas?" La paciente respondió que su madre siempre le había dicho eso. Además, manifestó que esta regla había sido reforzada en la escuela, donde los profesores decían que, si era agradable, sería recompensada.

Al principio del tratamiento, el terapeuta explica al paciente el papel que estas fórmulas desempeñan en la depresión y le pide que esté atento a estos supuestos. Cuando el terapeuta se haya formado una idea de los supuestos del paciente y sea el momento adecuado, puede decir, "He estado pensando en usted y en cuál podría ser uno de sus supuestos o reglas. Escríbalo y piense en ello entre esta sesión y la siguiente. Anote también sus pensamientos acerca de ese supuesto y las posibles maneras de modificarlo".

Los terapeutas pueden servirse de diagramas o esquemas similares al de la Figura 3 para ayudar al paciente a identificar sus supuestos. El terapeuta puede darle al paciente un esquema sin completar del todo o un esquema-ejemplo para ayudarle en esta tarea. Estos esquemas se elaboran haciendo una lista de las emociones negativas y de los pensamientos automáticos antecedentes. A la hora de elaborarlos, el terapeuta puede dejar para el final las emociones más negativas.

Modificación de los supuestos

La identificación de los supuestos del paciente es el primer paso para la modificación de los mismos. Una vez que los supuestos se han verbalizado, dejando por lo tanto de estar ocultos, muchos pacientes se dan cuenta inmediatamente de que eran absurdos y desadaptativos. Esto no es sorprendente si se piensa que muchas personas consideran estos supuestos como verdades incuestionables.

El terapeuta puede valerse de distintos argumentos y ejercicios para ayudar a los pacientes a examinar la validez de sus creencias contraproducentes. Los pacientes no modifican sus creencias en base al *número* de contrargumentos, sino porque algunos argumentos concretos tienen para ellos un significado particularmente relevante. Una o dos formas nuevas de considerar una situación pueden ser suficientes para modificar incluso las creencias más arraigadas. Los factores responsables de la modificación de las creencias son a menudo sorprendentemente simples. Cuando los pacientes indican un cambio en una creencia, el terapeuta debe preguntar sistemáticamente qué factores han producido el cambio.

La mejor evidencia en contra de los supuestos es la que el paciente desarrolla por sí mismo o en colaboración con el terapeuta. Por esta razón, los "retos" a los supuestos del paciente deben presentarse en forma de preguntas y de sugerencias de *supuestos alternativos*, y no en forma de

afirmaciones. Los argumentos en contra del sistema de creencias de una paciente resultan más eficaces cuando se relacionan con sus creencias adaptativas. Por ejemplo, un paciente pensaba que el hecho de que otras personas estuviesen en desacuerdo con él significaba que le tenían antipatía. También pensaba que no podía serlo todo para todo el mundo. Aplicando la segunda creencia a la primera, se logró que el paciente aceptase la "nueva creencia" de que el hecho de que otros estuviesen o no de acuerdo con él no era motivo de preocupación. En este caso, una creencia adaptativa se empleó para contrarrestar creencias negativas.

Los supuestos como "objetivos"

Muchas de las técnicas cognitivas y conductuales expuestas anteriomente para modificar los pensamientos automáticos se pueden emplear para modificar los supuestos subyacentes. Sin embargo, dadas las diferencias entre ambos tipos de objetivos, se requieren distintos métodos de intervención, como lo ilustra el siguiente caso.

La paciente era una muchacha muy atractiva de poco más de 20 años. La depresión, de 18 meses de duración, se desencadenó porque la paciente había sido abandonada por su novio. Presentaba numerosos pensamientos automáticos que giraban en torno a la idea de que era fea y poco atractiva. Los pensamientos automáticos se trataron del siguiente modo:

TERAPEUTA: Busquemos algo más que su opinión subjetiva, ¿qué evidencia tiene para decir que es fea?

PACIENTE: Mi hermana siempre me ha dicho que soy fea.

T: ¿Es una experta en estos temas?

P: No. En realidad tiene sus propias razones para decirme eso. Pero la *verdadera razón* por la que sé que soy fea es que los hombres no me invitan a salir. Si no fuese fea, tendría citas.

T: Esa es una posible razón para explicar el que no tenga citas. Pero existe una explicación alternativa. Usted me ha dicho que trabaja sola en una oficina y que por la tarde se queda en casa. No me parece que eso sea darse muchas oportunidades de conocer gente.

P: Entiendo lo que quiere decir, pero de todos modos, si no fuese fea, los hombres me invitarían a salir.

T: Le propongo que llevemos a cabo un experimento: deje de rechazar invitaciones a fiestas y reuniones sociales y veamos lo que ocurre.

Cuando la paciente comenzó a participar en actos sociales y tuvo la oportunidad de conocer gente, comenzó también a tener citas con hombres. A partir de este momento, dejó de creer que era fea.

La terapia pasó a centrarse en el supuesto de que la valía personal depende del aspecto físico. La paciente acordó rápidamente que eso no tenía sentido. También comprendió la falsedad del supuesto de que se debe ser hermosa para atraer a los hombres y/o para ser amada. Esta discusión llevó a su supuesto básico de que no podría ser feliz sin amor (o sin la atención de los hombres). La última parte del tratamiento se centró en la modificación de esta creencia.

T: ¿En qué basa la creencia de que no puede ser feliz sin un hombre?

P: He estado deprimida durante el año y medio en que he estado sin un hombre.

T; ¿Existe alguna otra razón por la que estuviese deprimida?

P: Como ya hemos discutido, interpretaba todo de un modo distorsionado. Pero aún no sé si podría ser feliz sin que nadie mostrase interés por mí.

T: Yo tampoco lo sé. ¿Hay alguna manera de averiguarlo?

P: Haciendo un experimento. Podría rechazar las citas durante un cierto tiempo y ver cómo me siento.

T: Creo que es una buena idea. Aunque tiene sus defectos, el método experimental sigue siendo la mejor manera de descubrir los hechos. Usted es afortunada por ser capaz de llevar a cabo este tipo de experimentos. Ahora, por primera vez en su vida adulta, no está ligada a ningún hombre. Si descubre que puede ser feliz sin un hombre, esto la hará más fuerte, a la vez que mejorará sus relaciones en el futuro.

En este caso, la paciente logró llevar a cabo lo que se había propuesto. Tras un breve período de disforia, se mostró encantada de haber descubierto que su bienestar no dependía de ninguna otra persona.

Existen puntos de semejanza entre las dos intervenciones. En ambas, se explicitó el supuesto o conclusión distorsionada, pidiendo al paciente que aportase evidencia que lo apoyase. También en ambos casos, se sugirió un experimento para obtener datos. Sin embargo, para llegar al resultado perseguido, fueron necesarias distintas versiones de la situación experimental.

Modificación de los "debería"

Un tema recurrente en los supuestos de los depresivos es la fuerte presencia de los "debería", o reglas de vida. El paciente está seguro de que estas reglas son aplicables a todas las situaciones. Forman parte de la estructura cognitiva en base a la cual se organizan las experiencias cotidianas. Con frecuencia, los pacientes comparan mentalmente lo que "deberían" hacer con lo que "hacen" en realidad. Tras esta comparación, suelen juzgar su comportamiento y a sí mismos como inadecuados en relación con su conjunto de patrones o modelos ideales. Estos suelen expresarse en términos absolutos. Además, el paciente deprimido emplea excesivamente las reglas sobre lo que debería hacer o ser. Este empleo excesivo se refleja tanto en la *intensidad* con que sostiene que "debería" hacer alguna cosa determinada como en el amplio *número* de situaciones a las que aplica sus reglas de lo que "debería" hacer o ser.

Es frecuente que los pacientes encuentren en su propia experiencia personal evidencia en apoyo de estas reglas. Desde el punto de vista del paciente, estas reglas sirven para evitar que ocurra algo no deseado; por ejemplo, *"Debería* escuchar a los que tienen la autoridad porque, de lo contrario, no les caeré bien". El paciente dominado por los "debería" es fácilmente reconocible. Las cogniciones anotadas en las tareas para casa, así como las propias verbalizaciones durante las sesiones, contienen un alto número de "debería", "debo", "tengo que", etc. Estas reglas arbitrarias (a) impiden al paciente identificar o disfrutar sus propios éxitos, (b) le impiden establecer las prioridades en cuanto a qué "debe" hacer a continuación y (c) le impiden decidir qué *quiere* hacer. Al darse continuamente órdenes absolutas en forma de "debería", el paciente se torna ansioso, frustado y molesto consigo mismo por no ser capaz de cumplir las órdenes.

Existen varias técnicas para modificar los "debería". Una estrategia conductual, la "prevención de la respuesta", se ha empleado con éxito en el tratamiento de las compulsiones. Esta estrategia sirve para enseñar al paciente a averiguar lo que sucedería si no cumpliese una orden: por ejemplo, "*Debo* lavarme las manos cada diez minutos porque, de lo contrario, puedo contraer una infección fatal". Este tipo de supuestos puede ser invalidado cuando se comprueba empíricamente.

Con el paciente depresivo puede emplearse una variación de la técnica de prevención de la respuesta. El terapeuta ayuda al paciente a (a) verbalizar el "debería", (b) predecir lo que sucedería en caso de ignorar el "debería", (c) llevar a cabo un experimento para probar la predicción y (d) revisar la regla, de acuerdo con los resultados del experimento.

El siguiente caso ilustra la puesta en práctica de este procedimiento. Se trata de un paciente deprimido, ansioso e irritable que tenía problemas de asertividad con su esposa. Se le preguntó que ocurriría si le dijese a su mujer que no estaba contento con la forma que ella tenía de tratarle. Respondió que su mujer se enfadaría mucho y le amenazaría con abandonarle. El paciente creía que "Si deseas estar a bien con la gente, siempre debes ser agradable con ellos". "Si cometes una falta, te castigarán". Además de creer en esta regla, la consideraba aplicable a todas las situaciones y en todo momento.

Con el fin de neutralizar el funcionamiento de esta regla, se le dieron al paciente una serie de tareas graduales encaminadas a contrarrestar los "debería". En primer lugar, debía expresar una opinión contraria a la de su esposa en cosas poco importantes para, gradualmente, ir pasando a discusiones de mayor relevancia. Con objeto de preparar al paciente, el terapeuta le animó a ensayar las discusiones. El terapeuta le sugurió que se imaginase cómo podría expresar sus quejas y cómo reaccionaría su esposa. ¿Durante cuánto tiempo permanecería ella enfadada, triste? ¿Influiría esto permanente o temporalmente en su relación? En esta técnica, se exploran y se hacen más explícitas las fantasías del paciente acerca de las consecuencias negativas que anticipa por el hecho de olvidar los "debería". En el caso que nos ocupa, el paciente pensaba que su mujer le abandonaría. Después de la primera discusión, su esposa se enfadó mucho y el paciente pensó, "Me equivoqué al hacer críticas. Debí haber seguido la regla de comportarme siempre de forma agradable". Sin embargo, cuando su esposa se calmó reconoció que él tenía razón.

Este feedback positivo animó al paciente a emprender riesgos mayores. Fue aprendiendo a superar la resistencia interna ocasionada por sus "debería" y a abordar temas de mayor importancia. De nuevo, la discusión motivó otro enfado con su esposa. No obstante, ella no tardó mucho en darse cuenta de que la felicidad de ambos dependía de que trabajasen sobre algunos problemas y llegasen a un compromiso en determinados temas. El resultado de estas experiencias fue que el paciente se dió cuenta de que (a) la regla de comportarse de forma "agradable" indiscriminadamente era un obstáculo, (b) no tenían lugar consecuencias desastrosas al quebrantar la regla y (c) adoptando una regla más flexible, podía tener relaciones más satisfactorias con los demás.

Los supuestos como "contratos personales"

La terapia puede centrarse en modificar la condicionalidad de los supuestos. La mayoría de los supuestos llevan implícita una base "contractual": Si hago X (gano la aceptación de los demás, no cometo nunca un error, demuestro que soy el mejor), entonces ocurrirá Y (seré feliz, no tendré problemas, seré digno de respeto y consideración).

Al discutir esta idea, los terapeutas pueden citar el trabajo del psicólogo social canadiense Lerner (1969), quien, a partir de datos experimentales, afirma que el "ser digno de" y un concepto que va ligado con éste, el de la "justicia", son los temas principales en la organización de la vida de la mayoría de las personas. Sobre el desarrollo de la idea de "dignidad", este autor escribe:

> Una posibilidad razonable es que el tema de la dignidad comience a adquirir significado cuando el niño se enfrenta a su ambiente físico y social... Al orientarse el niño hacia el mundo sobre la base del principio de "realidad" y no del principio de "placer", parece que está haciendo algún tipo de contrato consigo mismo. A través de este "contrato personal", accede a renunciar al uso inmediato y directo del poder que posee para satisfacer sus deseos. Cuanto mayores sean la privación y el esfuerzo, esto es, sus investiduras, más valioso será el resultado. (Págs. 5-6)

Los problemas de muchos de los pacientes depresivos surgen porque sus "contratos personales" son demasiado severos, demasiado absolutos y demasiado rígidos. La tarea del terapeuta consiste en ayudar al paciente a "negociar de nuevo" su contrato, o incluso a abandonarlo.

El siguiente resumen ilustra cómo se presentó esta idea a un paciente:

TERAPEUTA: ¿Entiende cómo este concepto del contrato personal se puede aplicar a su sistema de creencias?

PACIENTE: Mi contrato es: "Si trabajo mucho, la gente me respetará" y "Sin el respeto de los demás, no puedo ser feliz".

T: ¿Cuando elaboró usted esos contratos?
P: Tal como hemos hablado, probablemente siendo niño.
T: Si usted tuviese un negocio, ¿dejaría que un niño tomara la iniciativa de lo que debería hacerse?
P: Eso es lo que parece que he estado haciendo toda mi vida; y se trata de contratos que ponen el contról de mis propios asuntos en manos de los demás.

El terapeuta debe señalar que estos contratos no son permanentes y que pueden modificarse.

Estos contratos son impracticables y desadaptativos debido en gran medida al hecho de que están formulados en términos vagos y generales. En el caso presentado, "trabajar mucho" es un concepto relativo, así como también lo es el "respeto de los demás". No existe un criterio para determinar cuánto se debe trabajar y tampoco se puede medir cuánto respeto se necesita por parte de los demás para ser feliz.

Respecto al concepto paralelo o ligado al enterior, es frecuente que los supuestos subyacentes giren en torno al tema de la justicia —lo que uno mismo o los demás se merecen al llevar a cabo determinados actos. Ya que esta expectativa es una ilusión, muchos pacientes piensan que Dios, el mundo y la sociedad son terriblemente injustos.

Una preocupación frecuente de los pacientes se centra en los sufrimientos de los demás y en el hecho de que éstos sean tratados de forma injusta por otros. En principio, esta reacción puede parecer empatía, pero, al analizarla, el paciente puede descubrir que se está proyectando en la situación, que está aplicando a otros sus propios supuestos idiosincráticos. Por ejemplo, una paciente estaba extremadamente preocupada al morir el marido de una amiga suya. Después de varias preguntas, la paciente manifestó que sus pensamientos eran: "¿Qué ocurrirá si muriese mi esposo? ¡Sería lo peor que me puede suceder!". El supuesto subyacente era que se debe tener un completo control sobre todos los acontecimientos de la vida. La pérdida del control equivaldría al desastre. La paciente se proyectaba en su amiga, aplicándole esta regla.

En la terapia, existen distintos modos de manejar el tema de la "justicia". Uno de ellos es mostrarse de acuerdo con el paciente en cuanto a las injusticias de la vida. Muchas situaciones son injustas porque no existe simetría respecto a cómo se distribuyen las cosas positivas. Las personas nacen con capacidades y habilidades diferentes. Parece que las circunstancias y las experiencias positivas y negativas se distribuyen aleatoriamente. Nadie puede esperar una protección mágica contra la adversidad.

Un método alternativo consiste en pedir al paciente que haga una lista de las situaciones injustas y, a continuación, preguntarle qué podría hacer él para cambiarlas. El terapeuta también puede preguntar si la preocupación va a cambiar estas situaciones. Muchos pacientes admiten que pueden modificar su actitud aunque no puedan cambiar la situación externa. Sin embargo, muchas veces también *pueden* cambiar la situación.

El terapeuta puede decir:

> "Sé que usted piensa que las cosas deberían ser diferentes, pero esto no es más que una carga que se impone a sí mismo —preocuparse por lo que los demás deben o no deben hacer—. Sería mejor que emplease esa energía en algo más constructivo, en lugar de abrumarse con los problemas de otras personas. No le estoy diciendo que no intente cambiar el mundo, si es que puede hacerlo".

Una nueva estrategia consiste en discutir cómo muchas veces la injusticia es un problema de opinión o sesgo personal. El empleado piensa, "Yo hago el trabajo, fabrico el producto. Debería ganar más. No es justo", en tanto que el propietario piensa, "Yo produzco el capital. Hice la inversión, me arriesgué. Debería obtener más beneficios, en lugar de tener que repartirlos entre los trabajadores". Prácticamente en todos los casos, la injusticia puede considerarse desde dos o más puntos de vista.

Un último procedimiento para hacer frente a la preocupación por la "injusticia" consiste en discutir la justicia como una abstracción. En realidad, no existe ninguna entidad concreta llamada justicia. Se trata de un constructo hipotético, de una abstracción. La *justicia* y la *injusticia* son términos generales que nadie puede definir y, sin embargo, pueden ser causa de una gran irritación e infelicidad. El terapeuta puede decir a los pacientes que considerar el mundo en esos términos vagos y abstractos limita sus percepciones y, por tanto, suele ser contraproducente. Es mejor que la persona emita un juicio pragmático referente a lo que desea y a los pasos necesarios para conseguirlo. Cuando el objetivo parece alcanzable y merece el esfuerzo, el paciente tendrá más posibilidades de conseguirlo si no está sumergido en preocupaciones de ser tratado justamente.

La presencia de los "debería" se pone de manifiesto en la conducta de otra paciente que pensaba que, si se sacrificaba por los demás (por sus compañeros, su marido y sus hijos), éstos la querrían más. El terapeuta se dio cuenta de que la paciente se estaba engañando con esta regla. Le asignó la siguiente tarea para casa. La paciente debía observar y registrar las reacciones de los demás ante sus sacrificios; es decir, había de seguir los dictados de los "debería" y observar los resultados.

La paciente encontró que las consecuencias reales de sus sacrificios diferían en gran medida de lo que ella había esperado. En lugar de apreciarla, los demás la dejaban a un lado. Decidió que tenía que cambiar la filosofía de, "Con la docilidad se gana el cielo" por la de "Con la docilidad no se gana sino el desprecio". El terapeuta señaló que este cambio también representaba un modo externo de interpretar el mundo. Subrayó que la conducta tiene una amplio rango de consecuencias —algunas deseables y otras, no— y que muchas de ellas no se pueden anticipar. Sugirió que trabajasen en una serie de pautas flexibles que le permitieron tener relaciones satisfactorias sin tener que subordinar automáticamente sus propios intereses.

Los supuestos como profecías autocumplidas

Muchos, o quizas la mayoría, de los supuestos depresogénos tienden a cumplirse por su propia naturaleza. Si un paciente cree que será desgraciado sin la aprobación de los demás, probablemente lo *será*. Al predecir las consecuencias, también hace que se cumplan. La terapia puede ayudar a un paciente a cambiar este tipo de creencias demostrándole cómo se convierten en profecías que por su propia naturaleza contribuyen a cumplirse, que atrapan al que las cree en las mismas circunstancias que se supone la creencia iba a ayudar a evitar. El siguiente resumen ilustra cómo el terapeuta clarifica los supuestos:

PACIENTE: No ser amada lleva automáticamente a la infelicidad.

TERAPEUTA: No ser amada es un "no-evento". ¿Cómo puede un "no-evento" llevar automáticamente a algo?

P: No creo que nadie pueda ser feliz sin ser amado.

T: Eso es una creencia suya. Si usted cree algo, esa creencia dictará sus reacciones emocionales.

P: No comprendo.

T: Si usted cree algo, se comportará y sentirá como si ese algo fuese verdadero, independientemente de que lo sea o no.

P: ¿Quiere decir que si yo creo que voy a ser desgraciada sin amor, es sólo esa creencia lo que me hace desgraciada?

T: Y cuando se siente desgraciada, probablemente se dice a sí misma, "Estaba en lo cierto. Sin amor, estoy condenada a ser desgraciada".

P: ¿Cómo puedo salir de esta estampa?

T: Puede hacer un experimento con su creencia sobre el hecho de ser amada. Oblíguese a suspender esta creencia y observe qué sucede. Preste atención a las consecuencias naturales de no ser amada, no a las consecuencias que prevé su creencia. Por ejemplo, ¿puede imaginarse en una isla tropical rodeada de vegetación y frutos apetitosos?

P: Sí, es delicioso.

T: Ahora, imaginese que hay un poblado en la isla. Sus habitantes son amables y cordiales, dispuestos a ayudar, pero no la aman. Ninguno de ellos la ama.

P: Bien, puedo imaginármelo.

T: ¿Y cómo se siente?

P: Relajada y cómoda.

T: De modo que ya comprende que no necesariamente ha de sentirse desgraciada por no ser amada.

Supuestos que subyacen a los errores cognitivos

Los errores cognitivos de los pacientes se derivan de algún tipo de supuesto. Por ejemplo, la distorsión cognitiva denominada "sobregeneralización" (Beck, 1963) se basa en el supuesto de que, si algo es cierto en un caso determinado, también lo será en todos los casos similares. Los supuestos que traducen un exceso de generalización pueden ser modificados del mismo modo que otros supuestos. La tabla 1 presenta los supuestos implicados en algunos errores cognitivos y las correspondientes sugerencias de intervención terapéutica.

TABLA 1

ERRORES COGNITIVOS Y SUPUESTOS DE LOS QUE DERIVAN

Error Cognitivo	Supuesto	Intervención
1. Sobregeneralización	Si es cierto en un caso, se puede aplicar a cualquier otro caso que sea mínimamente similar.	Exposición a los errores de lógica. Establecer criterios para determinar qué casos son "similares" y en qué medida.
2. Abstracción selectiva	Los únicos acontecimientos que tienen importancia son los fracasos, la carencia, etc. Se mide a uno mismo en función de sus errores, su debilidad, etc.	Emplear la lógica para identificar los éxitos que el paciente pasa por alto.
3. Responsabilidad excesiva (Asumir la Casualidad Personal)	Soy el responsable de todas las cosas negativas, de los fracasos, etc.	Técnica de desatribución.
4. Asumir la Casualidad Temporal (Hacer predicciones sin la evidencia suficiente)	Si ha sido así en el pasado, seguirá siendo así para siempre.	Exposición a los errores de lógica. Especificar los factores que pudiesen ser responsables de resultados diferentes de los que tuvieron lugar en el pasado.

TABLA 1 (Cont.)

ERRORES COGNITIVOS Y SUPUESTOS DE LOS QUE DERIVAN

Error Cognitivo	Supuesto	Intervención
5. Autorreferencias	Soy el centro de la atención de todo el mundo, especialmente de mis conductas negativas. Soy el causante de las desgracias.	Establecer criterios para determinar cuándo el paciente es *el* centro de atención y los posibles hechos responsables de las experiencias negativas.
6. "Catastrofismo"	Piensa siempre lo peor. Es lo que tiene más probabilidad de ocurrir.	Calcular la probabilidad *real*. Centrarse en la evidencia de que realmente no ha ocurrido lo peor.
7. Pensamiento dicotómico	Las cosas se sitúan en un extremo u otro (blanco o negro, bueno o malo).	Demostrar que los acontecimientos se pueden evaluar en un continuo.

Listar las ventajas e inconvenientes de los supuestos inadecuados

En ocasiones, el paciente vacilará a la hora de descartar los supuestos contraproducentes debido a la creencia de que va a perder algo importante. Aunque el paciente sea capaz de ver las ventajas de modificar la creencia, los inconvenientes le parecen demasiados. Muchos depresivos conciben el mundo como una trampa en la que no hay ganancias, sino pérdidas e inconvenientes por todos lados.

El procidimiento habitual, como en otras situaciones sin ganancias, consiste en que el paciente haga lista de las ventajas e inconvenientes de un determinado supuesto y, a continuación, corregir las distorsiones (si es que existe alguna) en ambas listas.

A continuación se expone un ejemplo de cómo se empleó este procedimiento para modificar el supuesto de una paciente de que para ser feliz debía ser perfecta; "Jamás cometas un error ni muestres tus defectos".

Esta paciente anotó las siguientes *ventajas* de abandonar la creencia:

a— Sin esta creencia, podría hacer un montón de cosas que, hasta ahora, había evitado —por ejemplo, aprender a conducir.

b— Si fuese más abierta, tendría más amigos.

c— El hecho de cometer errores no me produciría tanta ansiedad y no me deprimiría cuando cometiese alguno.

d—. Sería capaz de aceptar el hecho de que no soy una persona perfecta.

Y anotó los siguientes *inconvenientes:*

a— He sido capaz de hacer las cosas a la perfección en al escuela y en el trabajo.

b— Lo que hago, lo hago bien.

c— Al evitar muchas cosas, también me he evitado muchos problemas.

A continuación, el terapeuta discutió con ella los inconvenientes:

TERAPEUTA: Esta creencia le ha ayudado en su trabajo actual, pero ¿qué pasará más adelante?

PACIENTE: En realidad, ha sido un freno. Sé que estoy más que preparada para este trabajo. Si fuese más valiente, trabajaría para una compañía más grande en un puesto de mayor responsabilidad.

T: El miedo a cometer errores muchas veces bloquea a las personas y les impide arriesgarse. ¿Que me dice de su creencia —"Lo que hagas, debes hacerlo bien"—?

P: Es cierto. Estoy muy bien considerada en el trabajo.

T. ¿Hay algún aspecto que pueda considerarse como inconveniente; como pérdida?

P: Sí, ya se lo dije. Me llevo trabajo a casa todos los días e incluso los fines de semana. Hago mucho más de lo que se me exige o se espera de mí.

T: A veces es una buena idea mantener las propias creencias intentando darles más veces sentido. Por ejemplo, ¿es más razonable pensar "Tengo que ser *imperfecto* que "Tengo que ser perfecto"?

P: ¿Quiere decir que si merece la pena hacer algo, también merece la pena hacerlo mal?

T: Déjeme preguntarle una cosa: si merece la pena aprender a esquiar o hacer amigos, ¿merece la pena hacerlo mal?

P: Supongo que eso sería mejor que no hacerlo.

T: Es más, sus hábitos de trabajo son consistentes y razonables. Que usted deje un poco de lado las demandas no implica que vaya a hacer mal su trabajo. Sus hábitos se mantendrían.

P: ¿Y qué tiene eso que ver con la idea de que evito los problemas?

T: Cuando se evita un problema, se suelen *crear otros*. La salud mental entraña un alto porcentaje de riesgos. ¿Existe alguna manera de poder evitar todos los problemas?

P: No.

La técnica de listar las ventajas e inconvenientes de un determinado supuesto puede parecer demasiado simple. Sin embargo, está comprobado que se trata de uno de los procedimientos más efectivos en la modificación a largo plazo del modo como un individuo maneja sus problemas. Teniendo en cuenta el pensamiento limitado y cerrado del paciente depresivo, este procedimiento sirve para ampliar los límites de su pensamiento, permitiéndole a la vez experimentar nuevos enfoques.

El papel de la acción en la modificación de los supuestos

Al paciente se le anima a que desafíe activamente sus supuestos básicos en sus experiencias cotidianas. Y esto lo hará (a) determinando el supuesto que subyace a sus pensamientos automáticos y (b) actuando en contra del supuesto.

Actuar en contra de un supuesto es el modo más poderoso para modificarlo. La acción está ligada con el supuesto del paciente. El terapeuta sugiere al paciente que teme cometer errores que elija situaciones en las que exista una alta probabilidad de cometerlos. Al paciente que se siente impulsado a buscar compañía, le propone que se obligue a permanecer solo. Al paciente que concede demasiada importancia al hecho de ser aceptado por los demás, se le anima a que acuda a sitios donde la probabilidad de ser aceptado sea escasa. A aquél que teme parecer un loco, se le pide que haga algo extravagante. Lo que suele suceder es que el paciente descubre que su conducta no llama la atención de los demás. Un paciente, por ejemplo, debía acudir a una fiesta de disfraces por primera vez. Le preocupaba tener un aspecto demasiado estrafalario con su disfraz de "marciano". Para su sorpresa, sólo algunas personas hicieron comentarios de paso sobre su disfraz.

En relación con la modificación de las creencias, Ellis y Harper (1975) escriben:

> Hay algo más que lo que usted se dice a sí mismo. En el análisis final, muchas veces tendrá que obligarse, forzarse, empujarse a la acción. A menudo tendrá que obligarse —sí, *obligarse*— a emprender actos para los que se requiere mucho valor: discutir con un empleado, sacar a bailar a una persona por la que se sienta atraído, hablar con un editor de una idea para un libro etc. Y debe seguir obligándose a emprender estas acciones hasta que le vayan resultando cada vez más fáciles, incluso agradables. (Pág. 95).

Los paciente se muestran excesivamente poco dispuestos a actuar en contra de sus creencias. El terapeuta ha de motivarles para que lo hagan. Los pacientes pueden actuar en contra de sus creencias gradualmente o bien súbitamente, pero, en cualquier caso, lo más probable es que experimenten un cierto malestar al intentar romper "reglas" que ya están muy arraigadas.

El siguiente diálogo ilustra cómo se presentó esta idea a una paciente:

TERAPEUTA: ¿Puede marcarse el objetivo de hacer diariamente algo que vaya en contra de buscar la aprobación de los demás?

PACIENTE: Me *digo* a mí misma que tengo que actuar de ese modo, pero no lo consigo.

T: Debe obligarse a hacerlo. Dígase, "Si muero, moriré, pero tengo que hacerlo".

P: Verdaderamente, me produce una gran ansiedad.

T: Eso es porque lleva tanto tiempo actuando de acuerdo con esa creencia que se ha convertido en una parte del sistema —la mente, las emociones y el cuerpo—. La ansiedad no va a causarle la muerte. La ansiedad es como la debilidad muscular. Si soporta la ansiedad y aprende a aumentar su tolerancia, se hará más valiente.

P: Respecto a esas situaciones, tengo una dificultad. Inmediatamente después, me doy cuenta de que podría haber actuado de una forma diferente.

T: En esas situaciones, debe vigilar a esa voz que susurra, "Este no es el mejor momento" o "Existe tal o cual razón para no hacerlo". Estas excusas paralizarían sus esfuerzos. Debe ignorar esa voz y obligarse a hacerlo. También debe recordar que puede sentirse extraña debido a que no es su modo de actuar habitual. No obstante, si lo soporta durante el tiempo suficiente, este sentimiento de extrañeza desaparecerá.

La paciente puso en práctica las sugerencias del terapeuta —primero en el trabajo y después con su familia—. Y observó (como el terapeuta había predicho) que la tarea le resultaba progresivamente más fácil.

Utilizar al paciente para obtener contrargumentos

Los propios pacientes constituyen una rica fuente de informaciones que se pueden emplear para discutir sus supuestos. La formulación de preguntas por parte del terapeuta es un modo de obtener esta información. A continuación figuran dos ejemplos en los que las preguntas del terapeuta elicitaron informaciones que sirvieron para modificar las creencias del paciente:

PACIENTE: Creo que cualquiera que no se preocupe de lo que piensan los demás se verá socialmente marginado y funcionará a un nivel muy bajo.

TERAPEUTA: ¿Quiénes son las dos personas a las que usted más admira? (El terapeuta conocía ya la respuesta gracias a conversaciones anteriores).

P: Mi mejor amigo y mi jefe.

T: ¿Les preocupa a esas dos personas las opiniones de los demás?

P: No, no creo que a ninguno de ellos le importe en absoluto lo que piensen los demás.

T: ¿Y son socialemente marginados y poco eficientes?

P: Ya veo a dónde quiere llegar. Ambos tienen habilidades sociales adecuadas y son muy eficientes.

En el caso siguiente, el impacto del insight fue aún mayor porque la información había sido generada por la propia paciente:

PACIENTE: La única manera de ser feliz sería llegando a ser una gran escritora.

TERAPEUTA: ¿Qué nivel debería alcanzar?

P: Tendría que ser tan buena como... (la paciente dio el nombre de una poetisa).

T: ¿Consiguió ella la felicidad?

P: No, supongo que no ... porque se suicidó.

Neutralizar los supuestos relacionados con la autoestima

Muchos pacientes depresivos creen que los determinantes de su valía personal se sitúan fuera de ellos. La felicidad e infelicidad del paciente son contingentes con factores externos —por ejemplo, con la aprobación de los demás o con el modo como éstos le evalúan.

El terapeuta puede discutir con el paciente las consecuencias de este tipo de formulaciones en términos de autoaceptación. Al ver la imagen de sí mismo a través de los ojos de los demás, el paciente se coloca en una posición de desventaja o inferioridad. Una de las posiciones más vulnerables es la del paciente que cree que ha de ser amado para ser feliz. Piensa que la autoaceptación y la autoestima sólo pueden conseguirse indirectamente —a través del amor de los demás—. En estos casos, el terapeuta puede preguntar si el paciente ha sido feliz en algún momento en que no tuviese una relación amorosa. En la mayoría de las ocasiones, existe algún período en que el paciente haya sido feliz por sí solo.

El terapeuta también puede preguntar qué hace feliz al paciente entre sus experiencias cotidianas. El programa de actividades del paciente puede resultar útil para encontrar actividades que le resulten agradables. Asimismo, el terapeuta puede señalar que la felicidad varía con el tiempo, que no es una condición estable.

El terapeuta puede comentar con el paciente el hecho de que existen personas casadas, aparentemente enamoradas y que, sin embargo, no son felices. La mayoría de los pacientes admitirán que el amor puede ser causa de alegrías tanto como de tristezas. Puede discutirse el romántico mito de que el amor resuelve todos los problemas.

La idea de la autoaceptación basada en factores extrínsecos (en oposición a intrínsecos) se pone de manifiesto en el paciente que se crea rechazado. A continuación, se expone un modo de manejar el problema:

> PACIENTE: Cualquiera se sentiría deprimido si se viese rechazado por alguien a quien ama.
>
> TERAPEUTA: Nadie puede ser rechazado a no ser que *esté pidiendo a otro que le sostenga.* Depender de la aprobación de otra persona es una forma de intentar aceptarse a sí mismo a través de los demás. "Si esta persona me ama, soy grande; si no, soy un inútil". Si uno es autosuficiente y se acepta a sí mismo, no se deprimirá porque alguien prefiera no estar con él.

> P: Pero ella me rechazó.
>
> T: Nadie puede rechazarle totalmente. Las personas sólo pueden elegir estar con usted o no.
>
> P: Si no hubiera nada anormal en mí, ella estaría conmigo.
>
> T: Se trata de una elección. Una persona puede preferir los Cadillacs, mientras que otra prefiere los Volkswagens. Es un problema de gusto. A algunas personas les gusta la música clásica, a otras no. No tiene que ver necesariamente con su personalidad.
>
> P: Sigo pensando que es por algo que yo haya hecho.
>
> T: Esa es una posibilidad... Pero hay otras maneras de interpretar la experiencia. Por ejemplo, (a) "Lo siento por ella, que me va a perder", (b) "Bien, ya conoceré a otra persona", (c) "Al final, saldré ganando" o (d) simplemente, no pensar en ello.

El concepto de la autoestima puede ser discutido con el paciente. Ellis y Harper (1975) han escrito mucho sobre este tema. Al paciente se le pueden dar los artículos de Ellis sobre la autoestima como tarea para casa y emplear sus ideas para discutir el concepto.

Existen al menos tres métodos directos para evaluar la autoestima. Uno de ellos consiste en hacer un balance entre los aspectos positivos y negativos referentes a uno mismo. El segundo consiste en autoevaluarse como "bueno" por el mero hecho de estar vivo. Y el tercero, en no preocuparse por hacer estas generalizaciones, ya que el concepto de valía personal es un constructo hipotético que no se puede medir: se pueden clasificar las conductas, pero no a las personas.

Al deprimirse, muchas personas comienzan a hacer balance. Y dadas las distorsiones intrínsecas de la depresión, no es un buen momento para ello. Más bien es momento de centrarse en la acción. Aunque el autocontrol suele ayudar a los pacientes depresivos, la autoevaluación, por el contrario, generalmente hace que se sientan peor. El terapeuta puede valerse de un ejemplo para esclarecer esta idea:

> Cuando alguien dice, "El Dr. Fulano de Tal es bueno", ¿qué significa esto? ¿Quiere decir que es bueno en todas las áreas de la Medicina o en un área específica? ¿Quiere decir que es un buen clínico? ¿Que es bueno con los pacientes? ¿Que es un buen investigador? ¿Que atiende con prontitud las emergencias? ¿O significa que es un buen esposo, un buen padre, un buen vecino y un buen jugador de cartas?

Se pueden medir rasgos o conductas si uno se lo propone, pero medir la *valía personal* es imposible y siempre ocasionará problemas. No hay forma de medir la valía o la inutilidad.

El hecho de basar la valía personal en criterios externos suele llevar a hacer comparaciones contraproducentes. Casi siempre existirá alguien que tenga más del factor que se esté evaluando (dinero, posición, amor, belleza). El individuo que abandona los estudios universitarios se compara con los que ya se han licenciado y saldrá desfavorecido. El profesor de Física se compara

con el Premio Nobel de Física y saldrá desfavorecido. Es labor del terapeuta subrayar el perjuicio que uno puede causarse al hacer comparaciones de este estilo.

Ya que los criterios para determinar la autoestima son vagos y están mal definidos, el paciente nunca se va a sentir satisfecho. Las satisfacciones del momento se pasan por alto. A continuación ser expone el modo como un terapeuta señaló cómo el supuesto referente a la autoestima llevaba al paciente a no estar nunca satisfecho.

El paciente pensaba que debía tener mucho dinero para ser feliz:

TERAPEUTA: ¿Cuánto dinero necesitaría para ser feliz?

PACIENTE: No lo sé; más de lo que tengo.

T ¿Ha pensado alguna vez que si tuviera tanto dinero como tiene ahora sería feliz?

P: Sí, probablemente.

T: Los éxitos, los logros, el dinero no tienen límite fijo. No es como pintar una pared o fabricar una mesa. No hay punto final.

P: Pero yo creo que, si pudiese conseguir la cantidad de dinero que necesito, estaría contento.

T: ¿Se trata de una necesidad real? Si usted cree que necesita algo que realmente no necesita, nunca será capaz de obtener lo suficiente. No se puede obtener la cantidad suficiente de algo que no se necesita, pero que uno cree que necesita.

Exponer la arbitrariedad de los supuestos

El paciente no suele ser consciente de que las reglas internas por las que se rige son arbitrarias. El terapeuta puede ayudarle a modificar esas reglas señalando y discutiendo su arbitrariedad. A menudo sucede que los pacientes admiten que la creencia es arbitraria, pero siguen comportándose como si fuese absolutamente cierta. Por esta razón, el terapeuta tiene que ilustrar de diferentes maneras que estas reglas personales no son leyes universales.

El terapeuta puede discutir la diferencia entre creencias y hechos, (Muchos pacientes confunden ambos términos). Puede decirle al paciente que el dogmatismo limita el campo de visión (El individuo excluye de su percepción y de sus consideraciones los hechos que van en contra de su creencia. Dado que ésta sólo puede abarcar una cantidad limitada de verdad, se excluye más de lo que se incluye). Puede citar la observación de Bertrand Russell de que el grado de certeza que se atribuye a una creencia está inversamente relacionado con la certeza real de dicha creencia. Los fanáticos creen; los científicos son escépticos.

La arbitrariedad de los supuestos queda patente cuando éstos se refieren a la felicidad. Muchos pacientes creen que si poseen "X" (perfección, belleza, fama), serán felices. Las formulaciones de esta clase contienen un cierto número de ideas incorrectas acerca de la felicidad que pueden ser discutidas. Las reglas ocasionan el error de "todo o nada". En lugar de considerar la

felicidad como un continuo, el paciente cree que se es feliz *o* infeliz. Las reglas implican que la felicidad es una situación estática y permanente, no dinámica y transitoria. Implican asimismo que la felicidad es un estado puro, no una condición con distintos grados, entre los que se incluye una cierta proporción de desagrado o molestia (por ejemplo, se puede ser feliz en la playa, pero la arena a veces es molesta y además hay que soportar caravanas y embotellamientos antes de llegar).

Las reglas dicen que la felicidad es consecuencia de la valía personal, en lugar de interpretarla como producto de alguna actividad agradable. Este último error puede llevar a un razonamiento circular que desemboque en una intensificación de la depresión; por ejemplo, "Si hago cosas que merezcan la pena y los demás me tienen en consideración y me respetan, seré feliz. Si no soy feliz, quiere decir, por lo tanto, que no valgo para nada. Si no valgo para nada, no puedo ser feliz".

El terapeuta puede decirle al paciente que un aspecto positivo de la arbitrariedad de las reglas internas es que pueden modificarse con relativa facilidad.

Utilidad de los supuestos a corto plazo Vs. a largo plazo

El terapeuta puede pedir al paciente que examine la utilidad de sus supuestos a largo plazo. Esto es especialmente importante cuando el supuesto o supuestos inadecuados parecen ayudar o ser útiles para el individuo. Es decir, muchos de los que piensan que necesitan la aprobación de los demás para ser felices son realmente felices cuando advierten en alguien un signo de aprobación. Los que piensan que su autoestima depende de su ejecución son felices cuando hacen las cosas bien. La labor del terapeuta en estos casos consiste en ayudar al paciente a determinar los *efectos a largo plazo* del hecho de regirse por esta clase de reglas.

A continuación, figura el resumen de una sesión con un agente de seguros de 50 años que, en una época, había sido un actor famoso en su ciudad. En este momento de la terapia, estaba libre de síntomas y era capaz de atender su trabajo. No obstante, seguía pensando que su valía personal dependía de su ejecución y de la aprobación de los demás.

TERAPEUTA: Me alegro de que le vaya bien en el trabajo y de que esté haciendo nuevas pólizas de seguros, pero eso no le convierte en una persona maravillosa

PACIENTE: ¿Qué quiere decir? ¿Por qué no?

T: Por la misma razón que no era un inútil cuando no conseguía nuevos clientes. ¿Recuerda por qué no lo era?

P: Sí. El hecho de que la gente no comprase las pólizas de seguros no significa que me rechazasen, sino simplemente que rechazaban las pólizas. Y además, yo no soy sólamente mi capacidad como vendedor; éste es sólo uno de mis rasgos.

T: Bien. No hay modo de autoevaluarse globalmente. Solamente podemos evaluar nuestros rasgos. Y pretender igualar éstos, por

ejemplo, la habilidad como vendedor, con nuestro yo global es una sobregeneralización que probablemente ocasionará problemas.

P: ¿Quiere decir que debería pasar por alto las cosas que hago bien y no sentirme feliz?

T: No. Si está actuando bien en un área, es correcto que se sienta satisfecho y que evalúe su ejecución de una forma realista, de modo que pueda continuar haciendo bien las cosas. Y, si no lo está haciendo bien, también es positivo hacer una evaluación realista para poder mejorar. Pero, en cualquier caso. La ejecución, la actuación, nada tiene que ver con su valía personal, que es algo que no se puede medir ni evaluar.

P: ¿Quiere decir que, si pienso que soy una gran persona cuando hago las cosas bien, es probable que piense que soy un inútil cuando no lo haga bien?

T: Eso es. Y, dado que ni usted ni nadie es perfecto, siempre habrá ocasiones en que la gente no aprueba lo que usted haga cuando su ejecución no sea perfecta... Otro punto de vista es el siguiente: "Yo tengo (o estoy desarrollando) ciertas habilidades para la venta. Me siento satisfecho cuando hago una venta. Pero esto no me convierte automáticamente en una persona maravillosa. Paralelamente, si no tuviese esta habilidad —o no consiguiese resultados positivos— tampoco significaría que fuese un fracasado. En el peor de los casos, me indicaría que no poseo esta habilidad". Para ser feliz, debe hacer las cosas con las que usted disfrute —generalmente, serán cosas que sepa hacer bien.

Hemos observado que los pacientes que continúan minando sus supuestos inadecuados crean ciertas defensas contra la depresión. Sin embargo, la motivación para el cambio es escasa cuando las formulaciones subyacentes están en funcionamiento: esto es, cuando el hecho de evaluarse a sí mismo como una persona maravillosa produce una gran alegría y satisfación, o cuando la evitación de situaciones desagradables elimina la ansiedad. Por ello fundamentalmente, es necesario que el paciente reconozca el daño o el peligro a largo plazo que pueden producir los supuestos inadecuados.

CAPITULO 13
INCLUSION DEL TRABAJO PARA CASA EN LA TERAPIA

Algunos autores han subrayado la importancia de las tareas para casa en la efectividad de la terapia (Ellis, 1962; Beck, 1976; Shelton y Ackerman, 1974): Dado que hacen la terapia más concreta y específica, fortalecen la comunicación entre paciente y terapeuta. La realización sistemática de las tareas para casa parece importante para asegurarse de que la mejoría del paciente se mantiene después de terminar el tratamiento. Resulta más facil conseguir que los cambios sean duraderos cuando el paciente participa activamente en experiencias fuera de la consulta. Además, es más probable que continúe aplicando las distintas técnicas y habilidades que ha aprendido durante la terapia.

Las tareas para casa se relacionan directamente con varios aspectos de la terapia cognitiva. por ello, en este capítulo se tratarán algunos puntos que ya han sido mencionados en capítulos anteriores.

En la terapia cognitiva, las tareas para casa constituyen un importante vehículo a través del cual se obtendrán datos para refutar muchos de los pensamientos y creencias nagativos. Además, los datos proporcionados por las tareas para casa hacen que la terapia deje de centrase en conceptualizaciones subjetivas y abstractas para pasar a centrarse en hechos detallados, objetivos y realistas. El método permite al terapeuta y al paciente revisar las actividades de la semana anterior con un solo golpe de vista; por último, ayuda al terapeuta a asignar tareas relacionadas específicamente con la sesión, evitando así los temas de menor importancia.

Proporcionar el fundamento teórico de las tareas para casa

Se anima al paciente a considerar las tereas para casa como un *componente integral y vital* del tratamiento. Estas no constituyen un procedimiento adicional u optativo. Muchas veces el terapeuta tendrá que emplear un tiempo considerable en la presentación del fundamento teórico de cada tarea asignada; asimismo, subrayará la importancia de llevar a cabo cada tarea repetidas veces a lo largo del tratamiento. Hemos observado que es más probable que los pacientes completen la tarea cuando comprenden las

MANUAL PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Vol. 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos

por

VICENTE E. CABALLO
(dir.)

siglo veintiuno editores
MÉXICO
ESPAÑA

TODOS los capítulos que componen el presente manual son originales y han sido escritos (en inglés o español) expresamente para el mismo. Los siguientes capítulos han sido traducidos y adaptados del inglés por V. E. Caballo: Caps. núms.: 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22 y 23.

siglo veintiuno editores, sa
CERRO DEL AGUA, 248, 04310 MEXICO, D.F.

siglo veintiuno de españa editores, sa
C/ PLAZA, 5, 28043 MADRID, ESPAÑA

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento (ya sea gráfico, electrónico, óptico, químico, mecánico, fotocopia, etc.) y el almacenamiento o transmisión de sus contenidos en soportes magnéticos, sonoros, visuales o de cualquier otro tipo sin permiso expreso del editor.

Primera edición, enero de 1997
© Siglo XXI de España Editores, S. A.
Calle Plaza, 5. 28043 Madrid
© Vicente E. Caballo
DERECHOS RESERVADOS CONFORME A LA LEY
Impreso y hecho en España
Printed and made in Spain
Diseño de la cubierta: Pedro Arjona
ISBN: 84-323-0944-3 (obra completa)
ISBN: 84-323-0943-5 (vol. 1)
Depósito legal: M-41.277-1996
Fotocomposición e impresión: EFCA, S.A.
Parque Industrial «Las Monjas».
28850 Torrejón de Ardoz (Madrid)

ÍNDICE

PRÓLOGO, *Hans J. Eysenck* XVII
PREFACIO, *Vicente E. Caballo* XIX
RELACIÓN DE AUTORES XXIII

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD

1. FOBIA ESPECÍFICA, *Martin M. Antony y David H. Barlow* 3

I. INTRODUCCIÓN 3
II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL TRATAMIENTO BASADO EN LA EXPOSICIÓN 5
III. HALLAZGOS EMPÍRICOS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS ESPECÍFICAS 7
III.1. Espaciamiento y duración de las sesiones de exposición 8
III.2. El grado de implicación del terapeuta 9
III.3. La distracción durante las sesiones de exposición 10
III.4. La exposición en vivo *versus* la exposición en la imaginación 10
III.5. Combinación de otras estrategias con la exposición 10
IV. UN PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA FOBIA ESPECÍFICA 11
IV.1. Evaluación inicial y presentación del tratamiento 11
IV.2. La preparación de las prácticas de exposición 14
IV.3. Llevando a cabo las prácticas de exposición 16
IV.4. Las prácticas entre sesiones 17
IV.5. Otras estrategias de tratamiento 18
V. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS 21
REFERENCIAS 21
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR 24

2. FOBIA SOCIAL, *Vicente E. Caballo, Verania Andrés y Francisco Bas* 25

I. INTRODUCCIÓN 25
II. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS 26
III. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL 29
III.1. Condicionamiento clásico, operante y vicario 29
III.2. Conciencia pública de uno mismo 30
III.3. Presentación de uno mismo 31
III.4. La vulnerabilidad 31
IV. UN MODELO PARA LA ADQUISICIÓN DE LA FOBIA/ANSIEDAD SOCIAL 32
V. RESULTADOS EMPÍRICOS DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LA FOBIA SOCIAL 32

16. TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR

PETER M. LEWINSOHN, IAN H. GOTLIB y MARTIN HAUTZINGER

I. INTRODUCCIÓN

Al escribir este capítulo nos propusimos cuatro objetivos. En primer lugar, con el fin de situar los enfoques conductuales actuales para la conceptualización y el tratamiento de la depresión en un contexto apropiado, describiremos brevemente la historia y el desarrollo de las primeras teorías conductuales de la depresión. Luego resumiremos algunas de las formulaciones conductuales más recientes. En segundo lugar, presentaremos varios enfoques para la evaluación de distintos aspectos de la depresión unipolar y describiremos diferentes tratamientos conductuales de la depresión. En esta sección, nos centraremos especialmente en dos paquetes de tratamiento para la depresión unipolar desarrollados en la Unidad de Investigación de la Depresión de la Universidad de Oregón: un enfoque de terapia individual y una intervención psicoeducativa de grupo. En tercer lugar, describiremos extensiones recientes de esta intervención en diferentes lugares y a distintas poblaciones, como adolescentes deprimidos y ancianos. Finalmente, nos detendremos en lo que pensamos que son tendencias importantes para las investigaciones futuras en este campo.

II. TEORÍAS CONDUCTUALES DE LA DEPRESIÓN

Hace cuatro décadas, Skinner (1953) postuló que la depresión era el resultado de un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias establecidas de la misma que habían sido reforzadas positivamente por el ambiente social. Esta conceptualización de la depresión como un fenómeno de extinción y como una reducción de la frecuencia de emisión de la conducta ha sido básica para todas las posiciones conductuales. Ferster (1966) proporcionó más detalles sugiriendo que factores diversos tales como cambios ambientales repentinos, el castigo y el control aversivo, y cambios en las contingencias de reforzamiento pueden dar lugar a la depresión, es decir, a una tasa reducida de conducta. Señaló que el fracaso depresivo para producir conductas adaptativas puede deberse a

Oregon Research Institute (EE UU), Northwestern University (EE UU) y Johannes Gutenberg University (Alemania), respectivamente.

una serie de factores, incluyendo: a) cambios ambientales repentinos que requieren que se establezcan nuevas fuentes de reforzamiento; b) la implicación en conductas aversivas o punitivas que evita la oportunidad del refuerzo positivo, y c) la observación errónea del ambiente, que produce una conducta socialmente inapropiada y una baja frecuencia de refuerzo positivo. Ferster invocó el concepto de encadenamiento para explicar la generalizabilidad de la respuesta a lo que a menudo constituye una pérdida circunscrita de refuerzo (p. ej., la pérdida de un trabajo). Este autor planteó que la pérdida de una fuente central de refuerzos conduciría a una disminución de todas las conductas que están "encadenadas" a ella u organizadas alrededor del refuerzo perdido. Por ejemplo, la jubilación podría llevar a una disminución de todas las conductas que estaban encadenadas al trabajo. De este modo, un individuo que se ha jubilado podría tener problemas para levantarse por la mañana, arreglarse y ver a los amigos o compañeros, en el caso de que todas estas conductas estuvieran organizadas alrededor del trabajo, que a su vez era una fuente central de refuerzos.

Como una variante de esta posición, Costello (1972) distinguió entre una disminución en el número de refuerzos disponibles para el individuo y una reducción de la eficacia de dichos refuerzos. Costello propuso que la depresión se debía a la ruptura de una cadena de conductas causada probablemente por la pérdida de uno de los reforzadores de la cadena. Este autor planteó que la eficacia del refuerzo para todos los componentes de la cadena de conductas es contingente con la terminación de la cadena. Así, cuando se rompe una cadena de conductas, hay una pérdida de la eficacia del refuerzo asociada a todos los componentes de la cadena. Costello afirma que la pérdida de interés general en el ambiente por parte del sujeto deprimido constituye una manifestación de esta disminución de la eficacia del reforzador.

Lewinsohn y sus colaboradores (p. ej., Lewinsohn y Shaw, 1969; Lewinsohn, 1974; Lewinsohn, Youngren y Grosscup, 1979) refinaron y elaboraron estas posiciones. Lewinsohn mantenía que una baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta constituía una explicación suficiente de ciertos aspectos del síndrome depresivo, especialmente de la baja tasa de conducta. Lewinsohn y sus colaboradores ampliaron la posición conductual por medio de tres hipótesis más:

1. Hay una relación causal entre la baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta y la sensación de disforia.
2. Las conductas depresivas se mantienen por medio del ambiente social, que proporciona contingencias en forma de simpatía, interés y preocupación.
3. Las deficiencias en el funcionamiento de las habilidades sociales son un antecedente importante de la baja tasa de refuerzo positivo.

Lewinsohn hipotetizó que una baja tasa de «refuerzo positivo contingente a la respuesta» en áreas importantes de la vida, y/o una alta tasa de experiencias aversivas, conduce a una disminución de la conducta y a la experiencia de disforia. Lewinsohn sugirió tres factores principales que podrían conducir a una baja

tasa de refuerzo. El primero implica deficiencias en el repertorio conductual o habilidades del individuo, lo que evita que obtenga refuerzos o disminuya la capacidad del sujeto para afrontar experiencias aversivas. El segundo factor que podría conducir a una baja tasa de refuerzo es una falta de refuerzos potenciales en el ambiente del individuo debido al empobrecimiento o a la pérdida de los mismos o a un exceso de experiencias aversivas. Por ejemplo, una persona que se encuentra confinada en casa mientras se recupera de una larga enfermedad puede realizar pocas actividades a las que les siga el refuerzo. La muerte o la desaparición social de un individuo que había proporcionado refuerzo social podría tener como consecuencia una pérdida de refuerzos. Finalmente, la depresión puede provenir de una disminución de la capacidad de una persona para disfrutar de las experiencias positivas, o de un aumento de la sensibilidad de un individuo ante los acontecimientos negativos (Lewinsohn, Lobitz y Wilson, 1973).

La formulación de Lewinsohn se centró así en la disminución del refuerzo social que obtenía el individuo deprimido de las otras personas importantes de su entorno. Lewinsohn planteó que los individuos deprimidos podrían carecer de las habilidades sociales adecuadas y, por consiguiente, serles difícil obtener refuerzos de su ambiente social, lo que les llevaría a experimentar una disminución de la tasa de refuerzo positivo. Libet y Lewinsohn (1973) definieron la habilidad social como «[...] la capacidad compleja de emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente, y de no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por los demás» (p. 304). De este modo, se considera que un individuo es socialmente habilidoso en la medida en que provoque consecuencias positivas (y evite las negativas) del entorno social. Debido al refuerzo positivo insuficiente, les es difícil a las personas deprimidas iniciar o mantener la conducta instrumental. La formulación se centra también en el *mantenimiento* de la conducta deprimida (p. ej., pensamientos de suicidio) al sugerir que el ambiente social refuerza a menudo esas conductas al proporcionar simpatía, interés y preocupación.

Completando esta formulación, Coyne (1976) afirmó que la depresión es una respuesta a las perturbaciones del contexto social del individuo. De forma específica, Coyne sugirió que la depresión se mantiene por medio de las respuestas negativas de otras personas significativas a la conducta sintomática del sujeto deprimido. Coyne mantenía que los individuos deprimidos crean un entorno social negativo haciendo que los demás se impliquen de tal manera que se pierde el apoyo o, al menos, éste es ambiguo. Se provocan reacciones tanto de apoyo como hostiles. Coyne postuló una secuencia de conducta que empieza con la demostración inicial, por parte de la persona deprimida, de síntomas de depresión, normalmente en respuesta al estrés. Los individuos del ambiente social de la persona deprimida responden inmediatamente a estos síntomas de depresión con un apoyo y un interés verdaderos. La conducta del sujeto deprimido se vuelve cada vez más exigente, como, por ejemplo, expresando cada vez con mayor frecuencia las conductas sintomáticas. Consecuentemente, la conducta del sujeto deprimido se vuelve aversiva para los demás y provoca sentimientos de resentimiento y de ira. Al mismo tiempo, el malestar obvio de la

persona deprimida provoca también sentimientos de culpa que sirven para inhibir la expresión manifiesta de esta hostilidad. En un intento de disminuir tanto su culpa como su ira, los miembros de la familia responden a la persona deprimida con una hostilidad velada y con un apoyo falso. Dándose cuenta de, y sintiéndose rechazado por, estos mensajes discrepantes o incongruentes, la persona deprimida desarrolla más síntomas en un intento de obtener apoyo, haciendo de esta manera incluso más aversivo para los demás el interactuar con ella. Este proceso de "desviación-amplificación" continúa hasta el punto en el que la gente se retira de las interacciones con el sujeto deprimido o bien hace que la persona se retire por medio de la hospitalización.

Rehm (1977) propuso un modelo de autocontrol para la depresión que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. Rehm sugirió que el modelo de Kanfer (1977) sobre la autorregulación podría servir como un modelo heurístico para el estudio de la etiología, sintomatología y tratamiento de la depresión. Según este modelo, los déficit específicos en la autoobservación, la autoevaluación y el autorrefuerzo pueden explicar los distintos síntomas de la depresión. De modo concreto, Rehm postuló que la conducta de las personas deprimidas podría caracterizarse por uno o más déficit en la conducta de autocontrol. En primer lugar, con respecto a la autoobservación, los individuos deprimidos atienden de forma selectiva a los acontecimientos negativos que siguen a su conducta, con la exclusión relativa de los sucesos positivos, un estilo cognitivo que podría explicar el pesimismo y el punto de vista desesperanzado de los individuos deprimidos. En segundo lugar, las personas deprimidas atienden de forma selectiva a las consecuencias inmediatas de su conducta, con la exclusión relativa de los resultados a más largo plazo y, por consiguiente, no pueden ver más allá de las demandas actuales cuando realizan elecciones conductuales.

El tercer déficit en la conducta de autocontrol de las personas deprimidas implica a la autoevaluación, que consiste básicamente en una comparación entre una estimación de la actuación (que proviene de la autoobservación) y un criterio o patrón interno. Rehm señaló que los individuos deprimidos se plantean patrones poco realistas, perfeccionistas y globales, haciendo que sea muy poco probable el satisfacerlos. Como consecuencia, a menudo no son capaces de alcanzar sus objetivos y, por consiguiente, se evalúan a sí mismos de forma negativa y de un modo global, sobregeneralizado. Las personas deprimidas pueden manifestar también un déficit en la autoevaluación con respecto a su estilo de atribución. Rehm hipotetizó que las personas deprimidas pueden distorsionar su percepción de la causalidad con el fin de denigrarse a sí mismas. Por ejemplo, si su actuación es satisfactoria, las personas deprimidas pueden atribuir su éxito a factores externos como la suerte y la simplicidad de la tarea, negándose, por consiguiente, a atribuirse méritos. De manera similar, las personas deprimidas pueden achacar la causa de una actuación insatisfactoria a factores internos, como falta de habilidad y de esfuerzo, dándose una responsabilidad excesiva por el fracaso.

Finalmente, Rehm (1977) postuló que las personas deprimidas no son capaces de proporcionarse suficientes recompensas contingentes a sí mismas para mantener sus conductas adaptativas. Esta baja tasa de autorrecompensa puede explicar, en parte, las bajas tasas de conducta manifiesta, el bajo nivel de actividad general y la falta de persistencia que caracteriza a la depresión. Además, se hipotetiza que las personas deprimidas se autocastigan en exceso, lo que suprime la potencial conducta productiva al principio de una cadena de respuestas, produciéndose como consecuencia una inhibición excesiva.

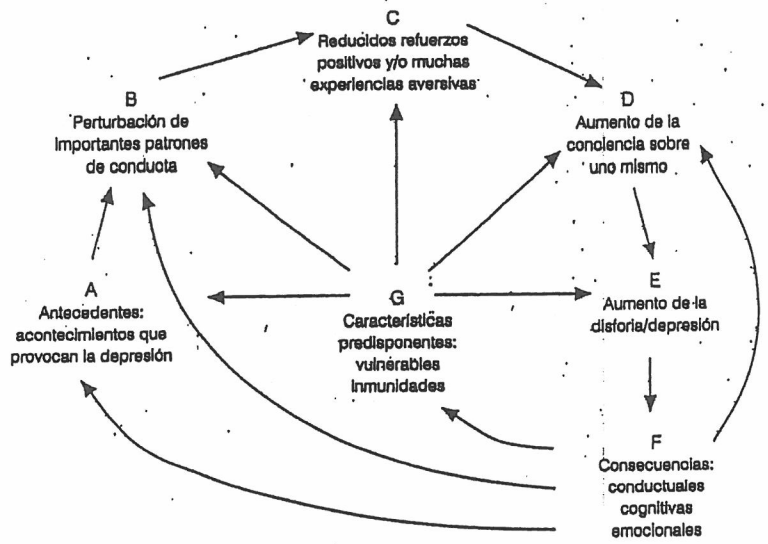
II.1. *Enfoques recientes*

Lewinsohn *et al.* (1985) plantearon que las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían sido demasiado limitadas y simples. Propusieron un modelo integrado, multifactorial, de la etiología y mantenimiento de la depresión que intenta reflejar la complejidad de este trastorno. En este modelo, que se presenta en la figura 16.1, la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales. De modo más específico, la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. Mientras que los factores situacionales son importantes como "desencadenantes" del proceso depresogénico, los factores cognitivos son esenciales como "moderadores" de los efectos del ambiente.

En resumen, en este modelo se plantea que la cadena de acontecimientos que conduce a la aparición de la depresión empieza con los factores antecedentes de riesgo (A), que inician el proceso depresogénico trastornando importantes patrones de conducta adaptativa (B). El concepto general de los estímulos estresantes a los niveles macro (p. ej., acontecimientos estresantes negativos) y micro (p. ej., conflictos diarios) constituyen probablemente los mejores ejemplos de dichos antecedentes. Estos estímulos estresantes alteran los patrones de conducta que son necesarios para las interacciones diarias del individuo con el ambiente. Así por ejemplo, se plantea que los acontecimientos vitales estresantes conducen a la depresión en la medida en que perturben las relaciones personales importantes o las responsabilidades laborales (C). Esta misma perturbación puede producir una reacción emocional negativa, combinada con una incapacidad para invertir el impacto de los estímulos estresantes, conduciendo a una elevada conciencia de uno mismo (D). Este elevado darse cuenta hace que sobresalga la sensación de fracaso por parte del individuo para satisfacer los patrones internos y lleva, por consiguiente, a un aumento de la disforia y a muchos otros síntomas cognitivos, conductuales y emocionales de la depresión (E). Finalmente, este aumento de los síntomas de la depresión sirve para mantener y exacerbar el estado deprimido (F), haciendo más accesible, en parte, la información negativa sobre uno mismo (Gotlib y McCabe, 1992) y disminuyendo la confianza del individuo deprimido para afrontar su ambiente (p. ej., Jacobson y Anderson, 1982).

Es importante señalar que el modelo de Lewinsohn *et al.* (1985) reconoce que las diferencias individuales estables, como las características de personalidad, pueden moderar el impacto de los acontecimientos antecedentes, tanto para iniciar el ciclo que conduce a la depresión como para mantenerla una vez que

FIGURA 16.1. *Un modelo integrador de la depresión*



Fuente: P. M. Lewinsohn, H. Hoberman, L. Teri y M. Hautzinger (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. R. Bootzin (dirs.), *Theoretical issues in behavior therapy*. Nueva York: Academic.

empieza. Estas características de la persona pueden clasificarse como *vulnerabilidades*, que aumentan la probabilidad de ocurrencia de la depresión, y como *inmunidades*, que disminuyen la probabilidad del trastorno (G). Lewinsohn *et al.* (1985) sugieren que los factores de vulnerabilidad podrían incluir ser mujer, tener una historia de depresiones anteriores y poseer una baja autoestima. Por el contrario, ejemplos de inmunidades incluyen una elevada competencia social autopercibida, la disponibilidad de una persona en quien confiar y habilidades de afrontamiento eficaces. Finalmente, es importante señalar que el modelo de Lewinsohn *et al.* enfatiza la operación de "bucles de retroalimentación" entre los distintos factores. Estos bucles de retroalimentación permiten bien un "círculo vicioso" o bien un "círculo sano". Al invertir cualquiera de los componentes del modelo, la depresión irá mejorando progresivamente.

Está claro, a partir de esta revisión, que las teorías conductuales de la depresión han evolucionado desde unas formulaciones E-R relativamente simples y limitadas que enfatizaban el refuerzo contingente a la respuesta y los efectos conductuales desalentadores del castigo, hasta conceptualizaciones más complejas que ponen un mayor énfasis en las características del individuo y en las interacciones de la persona con el ambiente. Hay un conocimiento mayor de que los individuos deprimidos a menudo funcionan en entornos exigentes y estresantes. Además, algunos investigadores afirman que las mismas personas deprimidas pueden ser instrumentales en la producción de gran parte de ese estrés (Gotlib y Hammen, 1992). Teniendo en cuenta esta perspectiva cambiante, está claro que los investigadores y clínicos conductuales tienen que evaluar a los individuos deprimidos en el contexto de su ambiente. Como veremos en la siguiente sección, los procedimientos de evaluación conductual se caracterizan ahora por un interés más amplio, no sólo en las personas deprimidas sino también en su entorno social.

III. EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN

Los enfoques conductuales para la evaluación de la depresión se centran normalmente en las características manifiestas del trastorno, como la conducta psicomotora y la verbal. Además, teniendo en cuenta el interés de las teorías conductuales de la depresión en las contingencias ambientales, los clínicos y los investigadores de orientación conductual tratan también de evaluar aspectos del ambiente y de la interacción persona-ambiente que pueden relacionarse con el inicio o mantenimiento de la depresión. De este modo, la evaluación conductual puede incluir una exploración de factores tales como las habilidades sociales del individuo deprimido, la conducta de los demás con los que el paciente deprimido interactúa y las actividades y reforzadores disponibles para la persona deprimida. Además, como veremos posteriormente, la información pueden recogerse por medio de entrevistas, autoinformes y observación directa.

III.1. *Las entrevistas*

Al evaluar las *habilidades sociales* de las personas deprimidas, Becker y Heimberg (1985) recomiendan que se lleve a cabo una entrevista clínica en la que el entrevistador y el paciente deprimido representen situaciones objetivo problemáticas identificadas por el paciente. Durante esta representación, el entrevistador debería observar cuidadosamente la actuación del paciente, en términos del contenido del habla, el volumen, el tono, el contacto ocular, la postura, etc. (véase también Lewinsohn, Biglan y Zeiss, 1976). Además, pruebas de representación de papeles estandarizadas, como el *Test conductual de asertividad (Behavioral assertiveness test, BAT;* Eisler *et al.*, 1975), pueden servir para incrementar las situaciones propuestas por el paciente.

III.2. *Los autoinformes*

Se conocen toda una serie de medidas de autoinforme de la sintomatología depresiva que se utilizan frecuentemente, como el *Inventario de depresión de Beck*

(Beck Depression Inventory, BDI; Beck *et al.*, 1961), la *Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos para la Depresión (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D;* Radloff, 1977) y la *Lista de adjetivos para la depresión (Depression adjective check list, DACL;* Lubin, 1967). Hace unos años se publicaron varias revisiones detalladas de estos instrumentos (p. ej., Gotlib y Cane, 1989; Lewinsohn y Rohde, 1987). Además de estas medidas de la sintomatología, se ha desarrollado una serie de cuestionarios de autoinforme para evaluar otros aspectos del fenómeno de la depresión. En particular, existen varias medidas de autoinforme disponibles para evaluar el funcionamiento social de las personas deprimidas. Por ejemplo, Youngren, Zeiss y Lewinsohn (1977) desarrollaron el *Inventario de acontecimientos interpersonales (Interpersonal events schedule, IES),* una medida de autoinforme para evaluar la interacción social en las personas deprimidas.

Otra medida de autoinforme de la interacción social es el *Test de autoverbalizaciones en la interacción social (Social interaction self-statement test, SISST;* Glass *et al.*, 1982). Este instrumento se compone de 30 ítems que comprenden cuatro escalas: automenosprecio, anticipación positiva, temor a la evaluación negativa y afrontamiento. Glass *et al.* informan de propiedades psicométricas aceptables para el *SISST.* Finalmente, Weissman, Prusoff y Thompson (1978) desarrollaron la *Escala de adaptación social-Tipo autoinforme (Social adjustment scale-Self-report, SAS-SR).* Este instrumento es una versión de autoinforme de la *Escala de adaptación social* evaluada por el entrevistador *(SAS;* Weissman y Paykel, 1974). El *SAS-SR* contiene 42 preguntas que miden el comportamiento afectivo e instrumental en el papel laboral, las actividades sociales y de ocio, las relaciones con la familia, el papel de pareja, el papel de padres, la unidad familiar y la independencia económica.

III.3. *Los diarios conductuales*

Desde una perspectiva algo diferente de la medición por medio del autoinforme, muchos terapeutas conductuales requieren que los pacientes deprimidos mantengan un registro diario de los acontecimientos. Estos registros o "diarios" pueden ser útiles para evaluar las consecuencias ante la respuesta de las conductas sociales del paciente deprimido y para proporcionar información sobre el entorno social de éste y sobre los refuerzos sociales disponibles. Por ejemplo, MacPhillamy y Lewinsohn (1982) desarrollaron el *Inventario de acontecimientos agradables (Pleasant events schedule, PES)* para facilitar el diseño de programas conductuales dirigidos a aumentar la cantidad de refuerzo positivo recibido por las personas deprimidas. El *PES* es un inventario construido para ser empleado en la evaluación, seguimiento y modificación del nivel de actividades positivas en personas deprimidas.

De forma similar, el *Inventario de acontecimientos desagradables (Unpleasant events schedule, UES)* se desarrolló para evaluar la frecuencia y el impacto subjetivo de un amplio rango de acontecimientos vitales estresantes (Lewinsohn *et al.*, 1985). El *UES* se ha empleado para construir listas de actividades desagradables individualizadas para los pacientes con un fin de registro diario. Este instrumento se compone de 320 ítems que evalúan la tasa de ocurrencia y la aversión experimentada ante los acontecimientos vitales estresantes.

Se han desarrollado versiones más cortas del *PES* para emplearse con ancianos (Teri y Lewinsohn, 1982) y con adolescentes (Carey, Kelley y Buss, 1986; Cole, Kelley y Carey, 1988; Lewinsohn y Clarke, 1986). El *PES* y el *UES* pueden utilizarse también para generar programas individualizados de actividades con el fin de registrar las actividades agradables diarias e identificar actividades agradables de interés potencial para el cambio. Finalmente, Teri y Logsdon (1991) modificaron hace poco el *PES* con el fin de construir un *Inventario de acontecimientos agradables (Pleasant events schedule-AD)* para ser empleado con pacientes que sufren la enfermedad de Alzheimer y para los familiares que los cuidan.

Queda claro, por consiguiente, que hay una serie de medidas de autoinforme sobre los aspectos conductuales del funcionamiento depresivo. Aunque estas medidas proporcionan importante información, es probable que estén fuertemente influidas por el conjunto general de respuestas negativas característico de muchos individuos deprimidos. En consecuencia, algunos investigadores se han vuelto hacia los procedimientos de medición por medio de la observación, afirmando que es más probable que las medidas basadas en datos objetivos representen déficit en habilidades "reales", por lo que pueden convertirse entonces en objetivos para la intervención.

III.4. *Procedimientos de observación*

Una serie de investigadores han observado la conducta manifiesta de las personas deprimidas. En un estudio de hace tiempo, Williams, Barlow y Agras (1972) desarrollaron una escala utilizada por el observador para evaluar las conductas de los pacientes gravemente deprimidos internos en un hospital. Básicamente, esta escala evaluaba la conducta verbal de los pacientes deprimidos, las interacciones sociales, las sonrisas y la actividad motora, como leer, coser, arreglarse, etc. Esta medida produce un registro longitudinal de las conductas deprimidas de los pacientes y correlaciona altamente con las evaluaciones de los clínicos sobre la gravedad de la depresión.

Investigaciones posteriores han examinado las conductas de las personas deprimidas en interacciones con desconocidos. Los resultados de estos estudios indican que, comparados con sujetos controles no deprimidos, los individuos deprimidos muestran una serie de déficit en sus habilidades sociales. De forma específica, se ha observado que los individuos deprimidos sonríen menos frecuentemente (Gotlib, 1982; Gotlib y Robinson, 1982), hacen menos contacto ocular con quienes interactúan (Gotlib, 1982), hablan de forma más lenta y más monótona (Gotlib y Robinson, 1982; Libet y Lewinsohn, 1973; Youngren y Lewinsohn, 1980), les lleva más tiempo responder a los demás en una conversación (Libet y Lewinsohn, 1973) y hacen más comentarios centrados en sí mismos y con tintes negativos (Blumberg y Hokanson, 1983; Gotlib y Robinson, 1982; Jacobson y Anderson, 1982). Teniendo en cuenta estas diferencias tanto en la con-

ducta de conversación como en el contenido de la misma, se ha encontrado, con pocas excepciones (p. ej., Gotlib y Meltzer, 1987; Youngren y Lewinsohn, 1980), que las conductas interpersonales de las personas deprimidas son evaluadas por observadores como menos competentes socialmente que las de los invididuos no deprimidos (p. ej., Dykman *et al.*, 1991; Lewinsohn *et al.*, 1980; véase Feldman y Gotlib, 1993, para una revisión más detallada de estos estudios).

Queda claro, por consiguiente, que las personas deprimidas muestran déficit en sus habilidades sociales al interaccionar con desconocidos. Sin embargo, Gotlib y Hooley (1988) han planteado que los problemas de habilidades sociales en individuos deprimidos son incluso más pronunciados en sus interacciones maritales y familiares.

Los resultados de otros investigadores son consistentes al informar que las interacciones de las personas deprimidas y de sus cónyuges están asociadas con conductas verbales y no verbales más negativas. Por ejemplo, se ha encontrado que las interacciones maritales de las parejas en las que un miembro está deprimido se caracterizan por elevados niveles de perturbación, explosiones emocionales negativas y una incongruencia entre los mensajes verbales y las conductas no verbales (Hinchliffe, Hooper y Roberts, 1978), como el hecho de que los individuos deprimidos emiten un mayor número de conductas en las que la comunicación no verbal es más negativa que el mensaje verbal que la acompaña (Ruscher y Gotlib, 1988). Cuando interaccionan con el cónyuge, se ha encontrado que los deprimidos emiten menor proporción de conducta verbal positiva y mayor de conducta verbal negativa que los individuos no deprimidos (Hautzinger, Linden y Hoffman, 1982; Ruscher y Gotlib, 1988). Además, Kowalik y Gotlib (1987) informan que este patrón de conducta negativa por parte de los individuos deprimidos puede ser deliberado; en este estudio, las personas deprimidas codificaban, de forma intencionada, sus comunicaciones con los cónyuges como más negativas y menos positivas que las parejas no deprimidas. Además, otros hallazgos sugieren que los individuos deprimidos a menudo son manifiestamente agresivos cuando interaccionan con sus cónyuges (Biglan *et al.*, 1985; véase Rehm, 1987).

Finalmente, existen datos a partir de la evaluación por medio de los estudios de observación de que las personas deprimidas experimentan también interacciones problemáticas con sus hijos. Una serie de investigadores ha encontrado que las mujeres deprimidas mantienen una mayor distancia y/o son manifiestamente negativas en las interacciones con sus hijos.

Se han encontrado también resultados que indican interacciones conductuales negativas similares entre padres deprimidos y sus hijos (p. ej., Goodman y Brumley, 1990; Gordon *et al.*, 1989; Mills *et al.*, 1985; véase Gotlib y Lee, 1990, y Hammen, 1991, para una revisión más detallada de la literatura sobre este tema).

Por consiguiente, queda claro a partir de estos resultados que las conductas manifiestas de las personas deprimidas son problemáticas en los hospitales y en las interacciones con desconocidos, cónyuges e hijos. Una contribución importante de los enfoques conductuales a la evaluación del funcionamiento social de las personas deprimidas ha sido el identificar y poner en claro las conductas precisas que parecen ser especialmente problemáticas. Seguidamente nos detendremos en los enfoques conductuales para el tratamiento de las personas deprimidas.

IV. TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN

Teniendo en cuenta la atención de las teorías conductuales de la depresión hacia los reforzadores y hacia las contingencias ambientales, un objetivo principal de las terapias de orientación conductual para la depresión implica el aumento del refuerzo positivo que recibe el individuo deprimido. En este contexto, se ha descrito una serie de diferentes enfoques de tratamiento, todos los cuales comparten este objetivo común (p. ej., Antonuccio, Ward y Tearnan, 1989). Además, como han señalado Hoberman y Lewinsohn (1985), hay una serie de otros elementos comunes asociados con los enfoques conductuales para el tratamiento de la depresión. Por ejemplo, se requiere que los pacientes observen normalmente sus actividades, estado de ánimo y pensamientos. Se anima a los pacientes a que se planteen objetivos alcanzables, con el fin de asegurarse unas primeras experiencias satisfactorias y concederse a sí mismos recompensas por alcanzar sus objetivos. Finalmente, la mayoría de los enfoques conductuales implica un entrenamiento diseñado para remediar distintos déficit de habilidades y de la actuación de los pacientes deprimidos (p. ej., entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en asertividad) y son de tiempo limitado, desarrollados para durar normalmente de cuatro a doce semanas.

IV.1. *Aumento de las actividades agradables y disminución de las desagradables*

Lewinsohn y sus colaboradores (p. ej., Lewinsohn, Sullivan y Grosscup, 1980; Libet y Lewinsohn, 1973) han subrayado la relación significativa de la depresión con bajas tasas de refuerzo positivo y con altas tasas de experiencias aversivas. Como señalamos anteriormente, estos investigadores plantearon que la depresión puede deberse, en parte, a una baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta. Basándose en esta formulación, Lewinsohn, Sullivan y Grosscup (1980) desarrollaron un programa conductual muy estructurado, de 12 sesiones, dirigido a cambiar la calidad y cantidad de las interacciones de los pacientes deprimidos con sus entornos. De modo específico, por medio del empleo de tácticas de intervención cognitivas y conductuales conjuntas, incluyendo el entrenamiento en asertividad, la relajación, el autocontrol, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo, se enseñaba a los pacientes deprimidos a controlar y reducir la intensidad y la frecuencia de los acontecimientos aversivos y a aumentar su tasa de implicación en actividades agradables. Una descripción más detallada de este programa de tratamiento, con ilustraciones clínicas, puede verse en Lewinsohn, Sullivan y Grosscup (1982).

Las tácticas, que se muestran en el cuadro 16.1, caen dentro de tres categorías: aquellas que se centran en cambiar las condiciones ambientales; aquellas que se centran en enseñar a los individuos deprimidos habilidades que pueden emplear para cambiar los patrones problemáticos de interacción con el ambiente; y aquellas que se centran en mejorar el agrado y disminuir la aversión de las interacciones persona-ambiente.

Las intervenciones ambientales son especialmente útiles cuando el entorno del paciente está muy empobrecido y/o es altamente aversivo, o cuando el individuo tiene pocos recursos personales. Un tipo de intervención ambiental entraña cambiar el lugar físico y social del paciente ayudando a éste a mudarse a un nuevo entorno. Por ejemplo, en el tratamiento de una anciana deprimida con una historia de esquizofrenia paranoide, la evaluación diagnóstico sugirió que el aislamiento social era el principal factor que contribuía a su depresión. Ella aceptó la recomendación de que se trasladase desde un pequeño apartamento en una casa aislada a una residencia con muchas actividades de ocio. Su depresión mejoró sustancialmente, con el consiguiente aumento en los acontecimientos sociales y de ocio de su vida. Otros ejemplos de modificaciones ambientales incluyen el mudarse a otra ciudad, el separarse del cónyuge y el cambiar de trabajo.

CUADRO 16.1. *Tácticas del aprendizaje social*

Intervenciones ambientales
1. Cambios ambientales.
2. Manejo de las contingencias.

Entrenamiento en habilidades
1. Métodos de cambio por uno mismo.
   a. Especificación del problema.
   b. Autoobservación y "establecimiento de la línea base".
   c. Descubrimiento de los antecedentes.
   d. Descubrimiento de las consecuencias.
   e. Establecer un objetivo útil.
   f. Autorrefuerzo.
   g. Evaluación del progreso.
   h. Planificación del tiempo.
2. Habilidades sociales.
   a. Aserción.
   b. Estilo interpersonal de la conducta expresiva.
   c. Actividad social.
3. Relajación.
4. Manejo del estrés.

Habilidades cognitivas
1. Disminución del pensamiento negativo por medio de la interrupción del pensamiento, utilización del principio de Premack, tiempo para la preocupación, procedimientos de habla con uno mismo, identificación y cuestionamiento de los pensamientos irracionales.
2. Aumento de los pensamientos positivos por medio de la instigación, del darse cuenta de los logros, de pensamientos positivos de autorrefuerzo, de proyecciones en el tiempo.

El manejo de las contingencias es otra clase de intervención ambiental. Dicha intervención entraña el cambio de las consecuencias de ciertas conductas. En el caso de pacientes externos, el terapeuta puede enseñar a los miembros de la familia a prestar atención y dar alabanzas y afecto físico contingentemente a las conductas adaptativas e ignorar las conductas depresivas (Liberman y Raskin, 1971).

Las tácticas del entrenamiento en habilidades se centran en enseñar a las personas deprimidas habilidades que puedan emplear para cambiar los patrones problemáticos de interacción con el ambiente, así como las habilidades que necesiten para mantener estos cambios después de haber terminado la terapia. Las intervenciones específicas del entrenamiento en habilidades varían de caso a caso; van desde programas muy estructurados y estandarizados a procedimientos diseñados individualmente *ad hoc*.

Al elegir métodos de autocontrol, hemos hecho un uso considerable de los procedimientos y técnicas descritos por Goldfried y Merbaum (1973), por Mahoney y Thoresen (1974), por Thoresen y Mahoney (1974) y por Watson y Tharp (1972). El libro de Lakein (1973), *Cómo conseguir el control de tu tiempo y de tu vida*, es útil también porque presenta un formato sistemático para organizar el tiempo y las actividades, de modo que permite cumplir con las responsabilidades y tener además tiempo para actividades agradables.

Las tácticas que tienen como objetivo permitir que el paciente cambie la calidad y la cantidad de sus relaciones interpersonales cubren normalmente tres aspectos de la conducta interpersonal: aserción, estilo interpersonal de la conducta expresiva y actividad social.

Las habilidades cognitivas tratan de facilitar cambios en la forma en que los pacientes piensan sobre la realidad. Puede identificarse claramente que el *locus* de control sobre los pensamientos se encuentra en el paciente, puesto que sólo éste puede observar sus pensamientos.

Las habilidades de control del estrés incluyen el entrenamiento en relajación (Benson, 1975; Rosen, 1977).

Cada persona deprimida es única y, por lo tanto, las tácticas de tratamiento deben ser flexibles. Por consiguiente, para ayudar a los terapeutas a llevar a cabo tácticas específicas, hemos desarrollado varios manuales del terapeuta. Estos manuales se llaman *Aumenta los acontecimientos agradables y disminuye los desagradables* y *Disminuye los acontecimientos desagradables y aumenta los agradables*[1].

Tal como indican los títulos, la primera parte del tratamiento se dedica a ayudar al paciente a disminuir la frecuencia, y la aversión subjetiva, de los acontecimientos desagradables en su vida. La segunda fase se concentra en aumentar las actividades agradables.

El tratamiento se divide en 12 sesiones. Las primeras cinco sesiones se cen-

[1] Este manual puede obtenerse a precio de costo escribiendo a Peter M. Lewinsohn, Ph.D., Oregon Research Institute, 1715 Franklin Boulevard, Eugene, Oregon 97403-1983, EE UU.

tran en disminuir la frecuencia y la aversión de los acontecimientos desagradables. Las segundas cinco sesiones se dedican a aumentar la frecuencia y el disfrute de las actividades agradables. El objetivo de la sesión final de tratamiento consiste en fomentar la capacidad del paciente para mantener su nivel de estado de ánimo y prevenir la depresión futura. Cada sesión presenta actividades específicas para el terapeuta y para el paciente con el fin de alcanzar estos objetivos. Se sugieren límites temporales para cada actividad. Cualquier tiempo extra debería emplearse en otras preocupaciones del paciente.

Se utilizan diferentes procedimientos para alcanzar los objetivos del tratamiento. Incluyen el registro diario, el entrenamiento en relajación, el vérselas con los acontecimientos aversivos y el aumentar las actividades agradables.

IV.1.1. Primer paso: El registro diario

Enseñamos a los pacientes, en primer lugar, a poner en forma de gráficos y a interpretar sus datos de registro diario. Parecen entender de forma intuitiva la relación entre acontecimientos desagradables y estado de ánimo. Pero la covariación entre los acontecimientos agradables y el estado de ánimo es normalmente un descubrimiento para los pacientes. El *observar* estas relaciones sobre una base diaria impresiona notablemente a los mismos, descubriendo que la cantidad y la calidad de sus interacciones diarias tienen un impacto importante sobre su depresión. Ésta ya no es una fuerza misteriosa, sino una experiencia que puede entenderse. Los gráficos y su interpretación proporcionan a los pacientes un marco para comprender su depresión y sugieren formas de tratar con ella. El registro de acontecimientos específicos ayuda a los sujetos a centrarse en el afrontamiento de aspectos desagradables determinados de su vida diaria y, de igual importancia, hace que se den cuenta del rango de experiencias agradables que les son potencialmente accesibles. Los pacientes, en un sentido muy real, aprenden a diagnosticar su propia depresión.

IV.1.2. Segundo paso: El entrenamiento en relajación

La explicación para el entrenamiento en relajación se introduce al final de la primera sesión. Se indica a los pacientes cómo la tensión puede exacerbar la aversión de situaciones desagradables y cómo interfiere con el disfrute de las actividades agradables. Al final de la primera sesión, se le da al paciente la tarea de leer un folleto (p. ej., «Cómo aprender a relajarse profundamente») o de un libro (p. ej., Benson, 1975; Rosen, 1977) y se le enseña a familiarizarse con los principales grupos de músculos y cómo tensarlos y relajarlos. Gran parte de la segunda sesión se dedica a la relajación muscular progresiva con el fin de mostrar a los pacientes el grado de relajación que pueden sentir. Se anima al paciente a que practique la relajación dos veces al día y que lleve un registro sobre la misma. Tareas posteriores implican el identificar las situaciones específicas en las que se sienten tensos.

IV.1.3. Tercer paso: Vérselas con los acontecimientos aversivos

La terapia pasa luego a enseñar a los pacientes a enfrentarse con los acontecimientos aversivos. Los pacientes sobrerreaccionan a menudo ante los acontecimientos desagradables y permiten que interfieran con el disfrute de las actividades agradables. Por consiguiente, el entrenamiento en relajación se introduce pronto en el tratamiento con el objetivo de enseñar a los pacientes a estar más relajados en general, pero especialmente en las situaciones específicas en que se sientan tensos.

El componente "disminución de los acontecimientos desagradables" continúa indicando un pequeño número de interacciones o situaciones negativas que desencadenan la disforia del paciente. Con el fin de reducir la aversión de estas situaciones, el terapeuta dispone de un amplio rango de tácticas, que podría incluir enseñar a los pacientes a tener conscientemente pensamientos más positivos y constructivos entre el acontecimiento activante y el sentimiento de disforia; a aprender a no tomarse las cosas de manera personal; a prepararse para los encuentros aversivos; a aprender a utilizar las autoinstrucciones; a enfrentarse al fracaso; y a aprender otras formas de tratar más adaptativamente las situaciones aversivas. Estas tácticas se describen en mayor medida en Beck *et al.* (1979), Ellis y Murphy (1975), Kranzler (1974), Mahoney (1974), Meichenbaum y Turk (1976), y Novaco (1977).

IV.1.4. Cuarto paso: Manejo del tiempo

La planificación diaria y el entrenamiento en el manejo del tiempo es otra táctica general incluida en este módulo. En esta fase, hacemos que los pacientes lean y hagan un empleo considerable de capítulos seleccionados del libro *Cómo controlar tu tiempo y tu vida* de Lakein (1973).

Los individuos deprimidos normalmente hacen un mal uso de su tiempo, no planifican las cosas con antelación y, por consiguiente, no arreglan las cosas (p. ej., conseguir una niñera) para aprovechar las oportunidades agradables que se presenten. El entrenamiento tiene también como objetivo ayudar a los pacientes a lograr un mejor *equilibrio* entre las actividades que quieren realizar y las actividades que piensan que tienen que hacer. Utilizando una programación diaria del tiempo, se pide a los pacientes que planifiquen con anterioridad cada día y cada semana. Inicialmente, esta planificación se hace dentro de las sesiones con la ayuda del terapeuta; se espera que gradualmente los pacientes hagan la planificación en casa.

IV.1.5. Quinto paso: Aumento de las actividades agradables

La planificación diaria es útil también para programar acontecimientos agradables específicos, que se convierten en el centro de la siguiente fase del módulo.

Al ayudar a los pacientes a aumentar su tasa de implicación en actividades agradables, se pone el énfasis en plantear objetivos concretos para conseguir ese aumento y para desarrollar planes específicos sobre las cosas que harán los pacientes. Éstos comienzan evaluando sus estados de ánimo y registrando la ocurrencia de las actividades agradables y desagradables en sus Programas de Actividades sobre una base diaria. Continúan con este registro diario mientras dura el tratamiento.

Para registrar la ocurrencia de los acontecimientos, los pacientes emplean una escala de tres puntos para cada uno de los 80 acontecimientos agradables de su programa personalizado: 0 - no ocurrió hoy; 1 - ocurrió, pero fue neutro; y 2 - ocurrió y fue agradable. Los pacientes tienen una escala similar para los acontecimientos desagradables en su programa, excepto que indican si el acontecimiento fue neutro o desagradable en el caso de que hubiera ocurrido. Esto proporciona fácilmente puntuaciones para los acontecimientos agradables y desagradables experimentados ese día. La puntuación media de los acontecimientos agradables en una población normal es de 17,6 con una desviación típica de 10,3. La puntuación media de los acontecimientos desagradables en una población normal es de 5,1 con una desviación típica de 3,9. La frecuencia diaria de los distintos acontecimientos proporciona una retroalimentación inmediata sobre el impacto del tratamiento para cumplir los objetivos intermedios del mismo de modificar la tasa global de acontecimientos reforzantes y punitivos.

El programa de actividades de una persona puede construirse a partir de sus respuestas en el *PES* y en el *UES*. El programa de cada paciente incluye 80 de los acontecimientos que evaluó como más agradables y 80 de las actividades que evaluó como más aversivas. Los programas de actividad pueden crearse de una de las siguientes maneras: *a*. A partir de las respuestas del paciente en el *PES* y en el *UES*, listando los acontecimientos desagradables evaluados por el paciente como más aversivos y los acontecimientos agradables evaluados como más apetitivos; o *b*. Utilizando la muestra de programas de actividades que se muestra en la figura 16.2. Los acontecimientos incluidos en estas listas son los que se han encontrado que están relacionados con el estado de ánimo en una gran parte de la población (Lewinsohn y Amenson, 1978).

Se enseña al paciente a que siga la pista a la ocurrencia diaria y al nivel de agrado o desagrado de 160 actividades y a su estado de ánimo diario. Basándose en estas respuestas, el paciente representa en gráficos su tasa de realización de actividades agradables y desagradables y el estado de ánimo, con el fin de observar la relación entre sus actividades y su estado de ánimo diario. Éste se evalúa utilizando una escala de 9 puntos que va desde 1 = muy feliz hasta 9 = muy deprimido. Una muestra del formato de evaluación del estado de ánimo se muestra en la figura 16.3. Los gráficos para seguir la pista a las actividades y al estado de ánimo se incluyen en el manual de tratamiento.

Se proporciona a los pacientes retroalimentación sobre su tasa de implicación y el grado de disfrute de las actividades agradables y desagradables y la relación con su estado de ánimo. Se les da también retroalimentación sobre las actividades o acontecimientos específicos que correlacionan mejor con su estado de ánimo. Esto proporciona más información para indicar actividades específi-

FIGURA 16.2. *Programa de actividades*

Parte A
Nombre: _____ Fecha: _____
Por favor, anota dentro del paréntesis los ítems que se correspondan con las actividades de este día. *Sólo se deben marcar las actividades que fueron al menos algo agradables.*

Actividad	*Frecuencia (anota)*	*Actividad*	*Frecuencia (anota)*
1. Reírse	( )	40. Escuchar los sonidos de la naturaleza	( )
2. Estar relajado/a	( )	41. Observar animales salvajes	( )
3. Hablar sobre otras personas	( )	42. Conducir con habilidad	( )
4. Pensar sobre algo bueno del futuro	( )	43. Hablar sobre deportes	( )
5. Conseguir que la gente muestre interés en lo que digo	( )	44. Conocer a alguien del mismo sexo	( )
6. Estar con amigos	( )	45. Planificar viajes o vacaciones	( )
7. Comer bien	( )	46. Comer con amigos o colaboradores	( )
8. Respirar aire puro	( )	47. Estar con animales	( )
9. Ver un hermoso panorama	( )	48. Ir a una fiesta	( )
10. Pensar en la gente que me agrada	( )	49. Sentarse al sol	( )
11. Tener una conversación franca y abierta	( )	50. Ser alabado por gente a quien admiro	( )
12. Llevar ropa limpia	( )	51. Hacer un proyecto a mi manera	( )
13. Tomar café, té, un refresco, etc., con los amigos	( )	52. Que me digan que me necesitan	( )
14. Llevar ropa informal	( )	53. Observar a hombres o mujeres atractivos	( )
15. Ser reconocido como sexualmente atractivo	( )	54. Que me digan que me quieren	( )
16. Estar tranquilo y en paz	( )	55. Ver a viejos amigos	( )
17. Sonreír a la gente	( )	56. Quedarse hasta tarde	( )
18. Dormir bien por la noche	( )	57. Haraganear	( )
19. Sentir la presencia de Dios en mi vida	( )	58. Ir en trineo o en un coche de playa	( )
20. Besar	( )	59. Acariciar; abrazar	( )
21. Hacer bien un trabajo	( )	60. Escuchar música	( )
22. Tener una charla amena	( )	61. Visitar a amigos	( )
23. Ver que suceden cosas buenas a la familia o a los amigos	( )	62. Que me inviten otras personas	( )
24. Ser popular en una reunión	( )	63. Ir a un restaurante	( )
25. Decir algo claramente	( )	64. Hablar sobre filosofía o religión	( )
26. Leer historias, novelas, poemas u obras de teatro	( )	65. Cantar solo	( )
27. Planificar u organizar algo	( )	66. Pensar sobre mí mismo o mis problemas	( )
28. Aprender a hacer algo nuevo	( )	67. Resolver un problema, un puzzle, un crucigrama	( )
29. Hacer cumplidos o alabar a alguien	( )	68. Terminar una tarea difícil	( )
30. Divertir a la gente	( )	69. Tener una idea original	( )
31. Estar con alguien a quien quiero	( )	70. Beber en compañía	( )
32. Observar a la gente	( )	71. Que me den masaje o me froten la espalda	( )
33. Hacer un nuevo amigo	( )	72. Conocer a alguien del sexo opuesto	( )
34. Recibir cumplidos o que me digan que lo he hecho bien	( )	73. Estar en el campo	( )
35. Expresar mi amor a alguien	( )	74. Ver u oler una flor o una planta	( )
36. Tener relaciones sexuales con un miembro del sexo opuesto	( )	75. Que me pidan ayuda o consejo	( )
37. Tener tiempo libre	( )	76. Hacer las tareas de la casa o la colada; limpiar cosas	( )
38. Ayudar a alguien	( )	77. Dormir hasta tarde	( )
39. Que los amigos me vengan a visitar	( )	78. Jugar en la arena, en el río, en el césped, etc.	( )
		79. Estar con gente alegre	( )
		80. Mirar a las estrellas o a la luna	( )

Fuente: P. M. Lewinsohn, J. M. Sullivan, y S. J. Grosscup (1982). Behavioral therapy: Clinical applications. En A. J. Rush (dir.), *Short term psychotherapies for the depressed patient*. Nueva York: Guilford.

Parte B

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor, anota dentro del paréntesis los ítems que se correspondan con las actividades de este día. *Sólo se deben marcar las actividades que fueron al menos algo agradables.*

Actividad	*Frecuencia (anota)*	*Actividad*	*Frecuencia (anota)*
1. Estar insatisfecho/a con mi pareja	( )	43. Estar lejos de alguien a quien quiero	( )
2. Trabajar en algo cuando estoy cansado	( )	44. Escuchar quejarse a la gente	( )
3. Discusiones con la pareja	( )	45. Tener un amigo o un familiar que vive en ambientes poco satisfactorios	( )
4. Estar incapacitado	( )	46. Saber que un amigo íntimo o un familiar cercano trabajan en condiciones adversas	( )
5. Tener una enfermedad poco importante (dolor de muelas, ataque de alergia, resfriado, gripe, resaca, acceso de acné, etc.)	( )	47. Enterarse de noticias locales, nacionales o internacionales (corrupción, decisiones del gobierno, delitos, etc.)	( )
6. Que mi pareja esté insatisfecha conmigo	( )	48. Estar solo	( )
7. Trabajar en algo que no me gusta	( )	49. Castigar a un niño	( )
8. Que me pongan notas o que me evalúen	( )	50. Decir algo poco claro	( )
9. Tener demasiado que hacer	( )	51. Mentir a alguien	( )
10. Darme cuenta de que no puedo hacer lo que pensaba que sí podía	( )	52. Respirar aire contaminado.	( )
11. Hacer un examen	( )	53. Que me pregunten algo que no puedo o no quiero contestar	( )
12. Buscar un trabajo	( )	54. Tener un tiempo muy caluroso	( )
13. Dejar una tarea sin terminar; aplazar una decisión	( )	55. Que me despierten cuando estoy intentando dormir	( )
14. Trabajar en algo que no me importa	( )	56. Hacer algo embarazoso delante de los demás	( )
15. Que me metan prisa	( )	57. Ser torpe (caer o derramar algo, tropezar con algo, etc.)	( )
16. Estar cerca de gente desagradable (borrachos, fanáticos, desconsiderados, etc.)	( )	58. Recibir información contradictoria	( )
17. Que alguien no esté de acuerdo conmigo	( )	59. Que amigos o miembros de mi familia hagan algo que me avergüenza	( )
18. Que me insulten	( )	60. Que me excluyan o me marginen	( )
19. Que se haya pasado el plazo de un proyecto o de una tarea	( )	61. Perder o no saber dónde he puesto algo (la cartera, las llaves, etc.)	( )
20. Estropear algo o hacer que funcione mal (el coche, los electrodomésticos, etc.)	( )	62. Saber que alguien no se detendrá ante nada con tal de avanzar en su camino	( )
21. Vivir en un lugar sucio o desordenado	( )	63. Estar en un lugar sucio o polvoriento	( )
22. El mal tiempo	( )	64. No tener tiempo suficiente para estar con gente que me importa (pareja, amigo/a íntimo/a)	( )
23. No tener dinero suficiente para gastos extras	( )	65. Cometer un error (en los deportes, en el trabajo, etc.)	( )
24. Suspender en algo	( )	66. Quedarme sin dinero	( )
25. Ver animales que se comportan mal (montar un follón, perseguir a los coches, etc.)	( )	67. Que un amigo o un familiar tenga un problema de salud mental	( )
26. No tener privacidad	( )	68. Perder un amigo	( )
27. Comer una comida que no me gusta	( )	70. Escuchar a alguien que no para de hablar, que no pueda mantenerse en un tema o que habla sólo sobre un asunto	( )
28. Trabajar bajo presión	( )	71. Vivir con un familiar o un compañero de cuarto que tiene mala salud física o mental.	( )
29. No funcionar en atletismo	( )	72. Estar con gente triste	( )
30. Hablar con una persona desagradable (terca, poco razonable, agresiva, engreída, etc.)	( )	73. Que la gente ignore lo que he dicho	( )
31. Darme cuenta de que alguien a quien quiero y yo nos estamos distanciando	( )	74. Estar molesto físicamente (estar mareado, resfriado, estreñido, tener dolor de cabeza, sufrir un examen rectal, tener hipo, etc.)	( )
32. Hacer algo que no quiero hacer con el fin de complacer a otra persona	( )	75. Que alguien que me importa falle en algo (los estudios, el trabajo) que es importante para él	( )
33. Hacer mal un trabajo	( )	76. Estar con gente que no comparte mis intereses	( )
34. Enterarme de que un amigo o un familiar se ha puesto enfermo, le han hospitalizado o necesitan operarle	( )	77. Que alguien me deba dinero o alguna otra cosa que es mía	( )
35. Que me digan lo que tengo que hacer	( )	78. Que alguien que conozco beba, esnife o consuma drogas	( )
36. Conducir bajo condiciones adversas (mucho tráfico, mal tiempo, por la noche, etc.)	( )	79. Que no me entiendan o me entiendan mal	( )
37. Tener un gasto importante inesperado (factura de arreglo del coche, reparaciones de la casa, etc.)	( )	80. Que me fuercen a hacer algo	( )
38. Que amigos o miembros de mi familia hagan algo que desapruebo (abandonar los estudios, beber, consumir drogas, etc.)	( )		
39. Enterarme que alguien está enfadado conmigo o quiere hacerme daño	( )		
40. Que me engañen, me mientan o se burlen de mí	( )		
41. Que me regañen	( )		
42. Que me molesten con papeleo, asuntos administrativos, etc.	( )		

FIGURA 16.3. *Una escala visual para la depresión*

Formato de evaluación del estado de ánimo diario

Por favor, evalúa el estado de ánimo de cada día (lo bien o lo mal que te has sentido) utilizando la escala de 9 puntos que se muestra. Si te sentiste muy bien (mejor que nunca), anota un 9. Si te sentiste muy mal (peor que nunca), marca un 1. Si el día fue "más o menos" (o una mezcla), marca un 5.

Si te sentiste peor que "más o menos", marca un número del 2 al 4. Si te sentiste mejor que "más o menos", marca un número del 6 al 9. Recuerda que un número bajo significa que te sentiste mal y un número alto que te sentiste bien.

Muy deprimido _____ Muy contento

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Anota la fecha en la que empezaste las evaluaciones de tu estado de ánimo en la segunda columna y la puntuación de tu estado de ánimo en la tercera columna.

Día de registro	Fecha	Puntuación del estado de ánimo	Día de registro	Fecha	Puntuación del estado de ánimo
1			16		
2			17		
3			18		
4			19		
5			20		
6			21		
7			22		
8			23		
9			24		
10			25		
11			26		
12			27		
13			28		
14			29		
15			30		

Fuente: P. M. Lewinsohn, J. M. Sullivan y S. J. Grosscup, S. J. (1982). Behavioral therapy: Clinical applications. En A. J. Rush (dir.), *Short term psychotherapies for the depressed patient*. Nueva York: Guilford.

cas que el paciente puede aumentar o disminuir para conseguir un estado de ánimo óptimo.

El tratamiento incluye proporcionar a los individuos ayuda para planificar su vida diaria de forma que minimice la tasa de implicación en acontecimientos desagradables, que optimice la tasa de implicación en actividades agradables y que logre un mejor equilibrio entre las dos.

Al final del tratamiento, el terapeuta y el paciente desarrollan un programa de mantenimiento/prevención que este último tiene que llevar a cabo después de la terminación del tratamiento. Dicho programa podría incluir el realizar un esfuerzo activo para continuar con las conductas y habilidades aprendidas durante el tratamiento, así como una comprobación periódica (por medio del registro diario) de las actividades agradables y desagradables y el nivel de estado de ánimo diario. Igualmente, al final del tratamiento, el paciente debería tener una clara comprensión de las actividades que experimenta como especialmente agradables y que correlacionan con el sentirse bien; y de aquellos acontecimientos que experimenta como especialmente aversivos y que correlacionan con el estado de ánimo deprimido. Además, debería haber desarrollado habilidades que le permitieran controlar su estado de ánimo aumentando las actividades agradables y disminuyendo la tasa de ocurrencia de los acontecimientos desagradables. Debería también haber desarrollado un plan para mantener los beneficios del tratamiento fuera de la clínica.

Lewinsohn y colaboradores informaron que este programa para disminuir las actividades desagradables y aumentar la implicación en actividades agradables fue eficaz en la reducción de los niveles de depresión (véanse también Hammen y Glass, 1975; Zeiss, Lewinsohn y Muñoz, 1979).

IV.2. *Terapia de habilidades sociales*

Teniendo en cuenta el hallazgo consistente de las escasas habilidades sociales de las personas deprimidas (p. ej., Gotlib, 1982; Libet y Lewinsohn, 1973; Youngren y Lewinsohn, 1980), una serie de investigadores (p. ej., Sánchez, Lewinsohn y Larson, 1980) han descrito programas de tratamiento de orientación conductual para la depresión que se centran explícitamente en el entrenamiento de las habilidades sociales. Uno de esos programas de tratamiento para la depresión ha sido descrito por Becker, Heimberg y Bellack (p. ej., Becker y Heimberg, 1985; Becker, Heimberg y Bellack, 1987; Bellack, Hersen y Himmelhoch, 1981). Este programa está basado en las siguientes suposiciones:

1. La depresión es el resultado de un programa inadecuado de refuerzo positivo contingente con la conducta no depresiva de la persona.
2. Una parte sustancial de los refuerzos positivos más importantes en el mundo adulto son de naturaleza interpersonal.
3. Una parte significativa de las recompensas en la vida adulta puede entregarse o negarse, contingentemente con la conducta interpersonal de la persona.

4. Por consiguiente, un tratamiento que ayude al paciente deprimido a aumentar la calidad de su conducta interpersonal debería actuar para incrementar la cantidad de refuerzo positivo contingente a la respuesta y, en consecuencia, disminuir el afecto depresivo y aumentar la tasa de "conducta no depresiva" (Becker y Heimberg, 1985, p. 205).

Becker y Heimberg sugieren que la conducta interpersonal inadecuada puede deberse a una serie de factores, como la exposición insuficiente a modelos interpersonalmente habilidosos, el aprendizaje de conductas interpersonales desadaptativas, oportunidades insuficientes para practicar hábitos interpersonales importantes, la disminución progresiva de las habilidades conductuales específicas debida a la falta de utilización y el fracaso en reconocer las señales ambientales para conductas interpersonales específicas.

El programa de entrenamiento se centra principalmente en tres repertorios conductuales específicos que parecen ser especialmente relevantes para los individuos deprimidos: la aserción negativa, la aserción positiva y las habilidades de conversación. La aserción negativa implica a conductas que permiten que las personas defiendan sus derechos y actúen según sus intereses. La aserción positiva se refiere a la expresión de sentimientos positivos sobre otras personas, como el afecto, la aprobación, la alabanza y el aprecio, así como presentar las disculpas apropiadas. El entrenamiento en habilidades de conversación incluye iniciar conversaciones, hacer preguntas, realizar autorrevelaciones apropiadas y terminar las conversaciones adecuadamente. En todas estas áreas, se entrena directamente la conducta de los pacientes deprimidos y se les proporciona también entrenamiento en percepción social. Se anima a los pacientes a que practiquen las habilidades y las conductas a lo largo de diferentes situaciones.

El tratamiento tiene lugar a lo largo de 12 sesiones de una hora a la semana, en donde los pacientes reciben entrenamiento en las cuatro áreas problema descritas anteriormente. A estas sesiones de tratamiento les sigue de seis a ocho sesiones de mantenimiento a lo largo de un período de seis meses, sesiones en las que el énfasis está puesto en la revisión y solución de problemas. Bellack y sus colaboradores (p. ej., Bellack, Hersen y Himmelhoch, 1983; Hersen *et al.*, 1984) han demostrado la eficacia de este enfoque en el tratamiento de la depresión. Los resultados de esos estudios indican que el entrenamiento en habilidades sociales es más eficaz que la medicación psicotrópica y que la psicoterapia de orientación introspectiva para aumentar el nivel de habilidad social. Además, los beneficios obtenidos por los pacientes en los grupos de entrenamiento en habilidades sociales se mantenían en un seguimiento de seis meses.

McLean (1976, 1981) ha descrito un enfoque similar para el tratamiento de la depresión que se centra también en el entrenamiento de las habilidades sociales. Debido a que McLean considera que la depresión es el resultado de la pérdida de control percibida por parte de los individuos sobre su ambiente interpersonal, el tratamiento que propone para la depresión tiene como objetivo el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento. McLean presenta un programa de tratamiento estructurado, de tiempo limitado, dirigido a la mejora de las conductas sociales que son incompatibles con la depresión. Se emplea la

práctica graduada y el modelado para obtener mejorías en las siguientes seis áreas de habilidades: comunicación, productividad conductual, interacción social, asertividad, toma de decisiones y autocontrol cognitivo. Se requiere que los pacientes realicen actividades diarias para el desarrollo de las habilidades y que empleen hojas con un formato estructurado para registrar sus logros. Se prepara también a los pacientes para la experiencia de futuros episodios depresivos y se establecen y ensayan con el paciente planes de contingencia para el afrontamiento.

McLean y Hakstian (1979) evaluaron la eficacia de este tratamiento conductual con 178 pacientes ambulatorios con depresión unipolar, asignados al azar a cuatro condiciones de tratamiento: terapia de conducta, psicoterapia "tradicional" de orientación introspectiva, entrenamiento en relajación y amitriptilina. Los datos que presentan McLean y Hakstian (1990) en un seguimiento de dos años indican que la terapia de conducta fue superior a los otros tratamientos y que este patrón de resultados es estable: a lo largo de un período de 27 meses de seguimiento, se encontró que los pacientes de la condición de terapia de conducta habían mejorado significativamente su estado de ánimo, eran más activos socialmente y más productivos personalmente que los pacientes de las otras condiciones de tratamiento, especialmente de la condición de entrenamiento en relajación.

IV.3. *Terapia de autocontrol*

La terapia de autocontrol, desarrollada a partir del modelo de autocontrol de Rehm (1977) sobre la depresión, enfatiza el logro progresivo de objetivos, el autorrefuerzo y las estrategias de control de las contingencias, y la productividad conductual (Antonuccio *et al.*, 1989). Como señalamos anteriormente, el modelo de autocontrol plantea que la depresión está asociada a los déficit en el autorregistro, en la autoevaluación y en el autorrefuerzo. Por consiguiente, estas áreas de funcionamiento son el centro de la terapia de autocontrol. Esta terapia se presenta como un tratamiento estructurado, de tiempo limitado y en formato grupal. Consta de seis a doce sesiones divididas en tres partes, cada una de ellas centrándose en una de las tres áreas deficitarias descritas anteriormente. Con respecto al autorregistro, se requiere que los pacientes lleven un registro diario y representen de forma gráfica las experiencias positivas y su estado de ánimo asociado. En la fase de autoevaluación, se enseña a los pacientes a desarrollar objetivos específicos, manifiestos y alcanzables en términos de actividades positivas y productividad conductual. Además, los pacientes asignan puntos a estos objetivos y conservan una cuenta de los puntos conforme van logrando sus metas. Finalmente, se enseña a los pacientes a identificar los reforzadores y a administrarse estas recompensas cuando logran sus objetivos específicos.

Rehm ha demostrado la eficacia de este tratamiento de autocontrol para la depresión en una serie de estudios. En una de las primeras evaluaciones de esta terapia, Fuchs y Rehm (1977) informaron que el tratamiento de autocontrol era más eficaz que una terapia de grupo no específica o que una condición control de lista de espera para reducir la depresión en una muestra de mujeres clínicamente deprimidas. Rehm *et al.* (1979) informaron posteriormente que la terapia de autocontrol era más eficaz en el tratamiento de los pacientes deprimidos que el entrenamiento en asertividad (véase también Roth *et al.*, 1982). Curiosamente, Rehm (1990) señala que la eficacia de su tratamiento no depende de la inclusión de los tres componentes; los resultados no parecen modificarse por la omisión de las partes de autoevaluación o de autorrefuerzo del programa. Finalmente, Rehm señala también que esta terapia parece ser igualmente eficaz para alterar los aspectos cognitivos y conductuales de la depresión, sugiriendo una falta de especificidad de los efectos del tratamiento (Zeiss *et al.*, 1979).

IV.4. *Terapia de solución de problemas*

El modelo de solución de problemas para la depresión (Nezu, 1987; Nezu, Nezu y Perri, 1989) se centra en las relaciones entre los principales acontecimientos negativos de la vida, los problemas actuales, el afrontamiento por medio de la solución de problemas y la sintomatología depresiva. Así, las estrategias y los procedimientos de tratamiento que se han desarrollado a partir de este modelo están diseñados para reducir la sintomatología depresiva por medio del entrenamiento en habilidades de solución de problemas. Nezu *et al.* (1989) plantean cuatro objetivos de la terapia de solución de problemas para los individuos deprimidos: 1) ayudarles a identificar las situaciones de su vida anteriores y actuales que pueden ser antecedentes de un episodio depresivo; 2) minimizar el impacto negativo de los síntomas depresivos sobre los intentos de afrontamiento actuales y futuros; 3) aumentar la eficacia de los esfuerzos de solución de problemas en el afrontamiento de las situaciones actuales, y 4) enseñar habilidades generales para vérselas más eficazmente con futuros problemas. Se incluye también el entrenamiento en el mantenimiento y generalización en este programa.

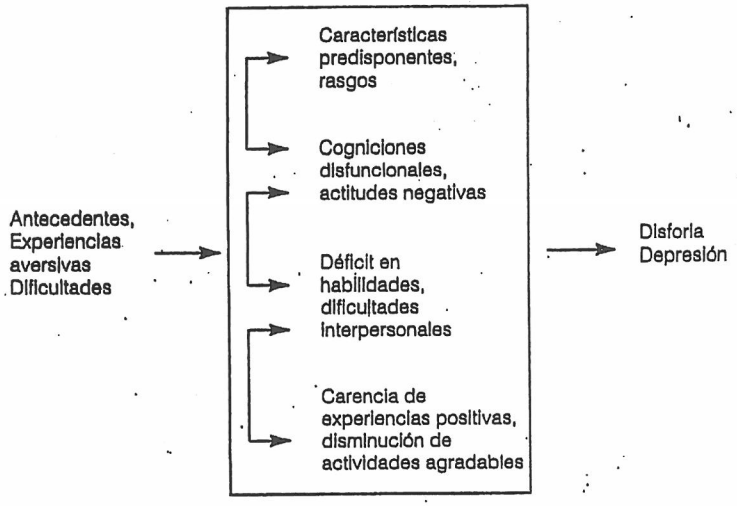
La terapia de solución de problemas de Nezu *et al.* (1989) consiste en un programa de intervención de 10 semanas en el que emplean técnicas terapéuticas tales como la instrucción, el modelado, el ensayo conductual, las tareas para casa, el moldeamiento, el refuerzo y la retroalimentación para aumentar la capacidad de solución de problemas y disminuir la sintomatología depresiva. Los resultados de varios estudios sugieren que la terapia de solución de problemas puede ser eficaz para el tratamiento de la depresión (Nezu, 1986; Nezu y Perri, 1989).

IV.5. *La terapia de conducta cognitiva*

El enfoque cognitivo-conductual de tratamiento se basa en los modelos más recientes de las teorías conductuales de la depresión (Lewinsohn *et al.*, 1985) e incluye elementos descritos anteriormente para el aumento de las actividades agradables, para la disminución de acontecimientos desagradables y para el entrenamiento de habilidades sociales e interpersonales, en combinación con la terapia cognitiva de Beck (Beck *et al.*, 1979). Se dispone de un manual específico

de tratamiento (Hautzinger, Stark y Treiber, 1992). La explicación que se encuentra detrás de esta intervención se ilustra por medio de la figura 16.4. La depresión se ve como el resultado de varios factores, incluyendo las experiencias aversivas y los problemas crónicos (antecedentes), que tienen como consecuencia la disforia y la depresión si un sujeto muestra vulnerabilidades predisponentes, procesos cognitivos negativos, déficit de habilidades sociales e interpersonales, una falta de experiencias positivas, y una disminución de las actividades y refuerzos positivos. En consecuencia, el enfoque cognitivo-conductual se centra en la programación de actividades para aumentar las actividades reforzantes, en la representación de papeles y en el entrenamiento en habilidades sociales, en la reestructuración cognitiva, y en la influencia del pensamiento automático negativo y de las suposiciones disfuncionales básicas.

FIGURA 16.4. *Modelo explicativo para la terapia de la depresión*



Fuente: M. Hautzinger, W. Stark, y R. Treiber (1992). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Psychologie Verlags Union, Weinheim.

La eficacia de este enfoque se puso a prueba recientemente en dos estudios, a gran escala y realizados en diferentes centros, de pacientes con un diagnóstico de depresión mayor, con y sin cumplir los criterios de melancolía según el *DSM-III-R* (Hautzinger, 1993; Hautzinger *et al.*, 1992; DeJong-Meyer *et al.*, 1992). El primer estudio evaluó la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en comparación con un tratamiento farmacológico estándar (amitriptilina) y con la combinación de drogas y terapia de conducta cognitiva. En conjunto, se trataron 191

pacientes depresivos unipolares (depresión mayor o distimia) bien como pacientes ambulatorios o bien como pacientes internos a lo largo de ocho semanas de tratamiento activo, realizándose un seguimiento de un año. Los tres tratamientos eran igual de eficaces en la disminución de la sintomatología depresiva. En un seguimiento de un año, el grupo farmacológico había recaído más a menudo y mostraba un mayor nivel de síntomas depresivos. Esta diferencia era más pronunciada en el grupo de pacientes ambulatorios. Curiosamente, la gravedad de la sintomatología en el pretratamiento no tuvo una influencia diferencial sobre los resultados. Finalmente, había una tasa de abandonos mucho mayor y una tasa de respuesta menor en la condición de sólo fármacos.

El segundo estudio incluía únicamente pacientes con depresión unipolar que cumplían los criterios del *DSM-III-R* para la melancolía (depresión endógena). Los 155 pacientes ambulatorios e internos se asignaron aleatoriamente bien a un tratamiento farmacológico estándar (amitriptilina) más apoyo psicológico o bien a la combinación de tratamiento farmacológico y terapia de conducta cognitiva. Desafortunadamente, y de acuerdo con consideraciones éticas, no fue posible incluir una condición sin fármacos en este estudio. Uno de los objetivos de esta investigación era comprobar la hipótesis de que, con respecto al tratamiento farmacológico sólo, un tratamiento combinado era más eficaz para reducir los síntomas depresivos y para mantener un nivel de funcionamiento libre de síntomas en un período más prolongado. Los resultados de este estudio indicaron que ambos tratamientos eran igual de eficaces, produciéndose ventajas para el tratamiento combinado en el seguimiento de un año. De nuevo, este efecto en el seguimiento no era significativo para el grupo de pacientes internos.

IV.6. *La terapia marital/familiar*

Teniendo en cuenta la asociación consistente descrita anteriormente entre depresión y problemas en el funcionamietno marital y familiar, no es sorprendente que se hayan desarrollado una serie de terapias con el objetivo simultáneo de reducir los niveles de depresión y mejorar las relaciones maritales/familiares. Las intervenciones maritales/familiares se han revisado detenidamente en otros trabajos (p. ej., Gotlib, Wallace y Colby, 1990; Gotlib y Beach, 1995), por lo que simplemente anotaremos que algunos estudios recientes han aportado pruebas de la eficacia de la terapia marital o familiar de orientación conductual para la depresión.

Por ejemplo, O'Leary y Beach (1990) asignaron aleatoriamente parejas, con la mujer deprimida, a terapia cognitiva individual (TC), a terapia marital conductual conjunta (TMC) o a una condición de lista de espera de 15 semanas. En las evaluaciones realizadas al terminar la terapia y a un año de seguimiento, O'Leary y Beach encontraron que la TC y la TMC eran igual de eficaces para reducir la sintomatología depresiva. Sin embargo, se encontró que sólo la TMC era eficaz para mejorar la relación marital. Al terminar la terapia, sólo el 25% de las personas que recibió la TC, comparado con el 83% de los que recibían TMC, tenía al menos un aumento de 15 puntos en una medida de adaptación marital del pre-

tratamiento al postratamiento. El mismo patrón general de resultados se mantuvo en el seguimiento. Los resultados de este estudio sugieren que la terapia marital puede reducir con eficacia la sintomatología depresiva, mientras que al mismo tiempo mejora la satisfacción marital, al menos en aquellas parejas en las que se da la depresión y el conflicto marital (O'Leary, Risso y Beach, 1990).

Jacobson *et al.* (1991) han encontrado resultados similares en el tratamiento de parejas deprimidas, con conflictos maritales. De nuevo, aunque tanto la terapia cognitiva individual como la terapia marital conductual eran igual de eficaces para reducir la depresión en estas parejas, se halló que sólo la terapia marital tenía éxito para mejorar la satisfacción de la pareja. Actualmente, la ventaja de utilizar intervenciones maritales para la depresión en vez de enfoques individuales parece subyacer principalmente en su mayor eficacia para pacientes con depresión y conflictos maritales al mismo tiempo.

IV.7. *El curso de afrontamiento de la depresión* (CAD)

El *Curso de afrontamiento de la depresión para adultos (Coping with depression course for adults, CWD;* Lewinsohn *et al.*, 1984) se desarrolló a partir de una serie de investigaciones tempranas (p. ej., Lewinsohn y Atwood, 1969; Lewinsohn y Shaffer, 1971; Lewinsohn y Shaw, 1969; Lewinsohn, Weinstein y Alper, 1970; Lewinsohn, Weinstein y Shaw, 1969) en las que se incluyó un grupo de tratamiento conductual para la depresión. Sin embargo, más directamente relacionado con el *CAD* fueron los resultados del estudio de Zeiss *et al.* (1979), que compararon la eficacia de tres tratamientos para la depresión (terapia cognitiva, aumento de las actividades agradables y entrenamiento en habilidades sociales). Los resultados de esta investigación indicaron que aunque los tres tratamientos eran igual de eficaces para reducir los niveles de depresión, los cambios en las variables dependientes no eran específicos al tipo de tratamiento recibido. Por ejemplo, las cogniciones de los pacientes que recibían el entrenamiento en habilidades sociales cambiaban tanto como las cogniciones de los pacientes que se encontraban en el grupo de terapia cognitiva. De igual manera, las actividades agradables de los pacientes en el tratamiento de "actividades agradables" aumentaron tanto como las de los pacientes del tratamiento cognitivo. De este modo, parece que ninguno de los tratamientos era necesario para que ocurriese el cambio terapéutico y que los efectos de los tratamientos no eran específicos, afectando a todas las áreas evaluadas del funcionamiento psicosocial que se han mostrado relacionadas con la depresión.

Sobre la base de estos resultados, Zeiss *et al.* (1979) adelantaron las siguientes hipótesis relativas a los que podrían ser los componentes esenciales para una terapia cognitivo-conductual, con éxito, de la depresión:

1. La terapia debería empezar con una explicación elaborada y bien planificada. Esta explicación tendría que proporcionar la estructura inicial que conduzca al paciente a la creencia de que puede controlar su propia conducta y, por consiguiente, cambiar su depresión.

2. La terapia debería proporcionar entrenamiento en habilidades que el paciente pudiera utilizar con el fin de sentirse más eficaz para controlar su vida diaria. Las habilidades deben tener cierta importancia para el paciente y deben encajar con la explicación que se haya presentado.
3. La terapia debería enfatizar el empleo independiente de esas habilidades por parte del paciente fuera del contexto de terapia y tiene que proporcionar una estructura suficiente para que le sea posible al paciente el conseguir habilidades independientes.
4. La terapia debería fomentar la atribución, por parte del paciente, de que la mejoría en el estado de ánimo está causada por el aumento de sus habilidades, no por la habilidad del terapeuta.

El *CAD* se construyó incorporando estas hipótesis. El curso (y cada una de las posteriores modificaciones para poblaciones especiales) se diseñó para ofrecerse como un programa educativo o pequeño seminario, enseñándole a la gente técnicas y estrategias para afrontar los problemas que, se supone, están relacionados con su depresión. De forma específica, el *CAD* aborda varias conductas objetivo (habilidades sociales, pensamiento depresogénico, actividades agradables y relajación), así como componentes más generales que se postulan como esenciales para la terapia cognitivo-conductual con éxito de la depresión (p. ej., autorregistro, establecimiento de la línea base, cambio dirigido por uno-mismo).

En su configuración actual, el *CAD* para adultos consiste en 12 sesiones de una hora llevadas a cabo a lo largo de 8 semanas. Las sesiones tienen lugar dos veces por semana durante las cuatro primeras. Los grupos se componen normalmente de seis a diez adultos (con 18 años o más) y un único director (aunque se pueden emplear dos terapeutas). Se planifican también sesiones de seguimiento al mes y a los seis meses ("reuniones de clase") para fomentar el mantenimiento de los beneficios del tratamiento y para recoger información sobre la mejoría o las recaídas.

Las primeras dos sesiones del *CAD* se dedican a la presentación de las reglas del curso, a la explicación del tratamiento, al planteamiento de la depresión según el aprendizaje social y a la enseñanza de habilidades para el cambio de uno mismo. Se enseña a los participantes que el estar deprimido no significa estar "loco". Por el contrario, se plantea el concepto de que su depresión se debe a su dificultad para afrontar los acontecimientos estresantes de sus vidas. El *CAD* se presenta como una forma de aprender nuevas habilidades para permitir a los participantes tratar más eficazmente con los estímulos estresantes que contribuyeron a su depresión. Luego se enseñan habilidades para el cambio de uno mismo, incluyendo el registro de conductas específicas propuestas para el cambio, el establecimiento de una línea base, el plantear objetivos realistas y el desarrollo de un plan y un contrato para realizar cambios en su conducta. Las siguientes ocho sesiones se dedican a enseñarles habilidades específicas, incluyendo la relajación, el aumento de actividades agradables, el control del pensamiento irracional o negativo y habilidades sociales. Se dedican dos sesiones a enseñar cada área de habilidades.

Las sesiones de relajación se centran básicamente en el método de Jacobson

(1929), que requiere que los participantes tensen primero y luego relajen los principales grupos de músculos hasta que todo el cuerpo esté laxo. La explicación para enseñarles a relajarse descansa en la coocurrencia claramente demostrada de la depresión y la ansiedad (p. ej., Maser y Cloninger, 1990). Las sesiones de relajación tienen lugar al comienzo del *CAD*, ya que al ser una habilidad relativamente fácil de aprender proporciona a los participantes una experiencia inicial con éxito. Empleando el *Programa de acontecimientos agradables*, que se ha descrito anteriormente, las sesiones sobre las actividades placenteras se centran en identificar, establecer una línea base y aumentar las actividades agradables. Las sesiones de terapia cognitiva incorporan elementos de las intervenciones desarrolladas por Beck *et al.* (1979) y Ellis y Harper (1961) para identificar y cuestionar los pensamientos irracionales y negativos. Finalmente, las sesiones de habilidades sociales se centran en la aserción, en planificar más actividades sociales y en estrategias para hacer más amigos.

Las dos sesiones finales del *CAD* se dedican a integrar las habilidades aprendidas, a mantener los beneficios de la terapia y a prevenir las recaídas. Los participantes identifican las habilidades que encontraron más eficaces para superar su estado de ánimo deprimido. Ayudado por el terapeuta, cada participante desarrolla un "plan de emergencia" personalizado, por escrito, donde se detallan los pasos que seguirán para contrarrestar los sentimientos de depresión en el caso de que los volvieran a tener nuevamente.

Todas las sesiones se encuentran muy estructuradas y utilizan el texto *Controla tu depresión (Control your depression;* Lewinsohn *et al.*, 1986) y un *Cuaderno del participante* (Brown y Lewinsohn, 1979). Además, un *Manual del instructor* (Lewinsohn *et al.*, 1984) proporciona formatos, ejercicios y directrices. Cada sesión incluye una charla, el repaso de las tareas para casa, una discusión y la representación de papeles. Un descanso de 10 minutos en medio de cada sesión permite a los participantes socializarse y practicar las nuevas habilidades que han aprendido. Una característica importante del *CAD* es que no produce estigma. Debido a que se presenta y se lleva a cabo como una clase en vez de como una terapia, evita el rechazo y la resistencia habituales del paciente, aspectos que pueden hacer que muchos sujetos deprimidos no busquen ayuda. El curso representa también un enfoque orientado hacia la comunidad, con una buena razón coste/beneficio que intenta llegar a la gran mayoría de individuos depresivos que no hacen uso de los servicios de las clínicas y de los profesionales de la salud mental. Para una descripción más detallada del *CAD*, se remite el lector a Lewinsohn *et al.* (1984).

La eficacia del *CAD* se ha demostrado en varios estudios. Por ejemplo, Brown y Lewinsohn (1984), Steinmetz, Lewinsohn y Antonuccio (1983) y Hoberman, Lewinsohn y Tilson (1988) encontraron todos ellos que el *CAD* era más eficaz para el tratamiento de la depresión que una condición control de lista de espera y tan eficaz como la terapia de conducta individual. Curiosamente, Hoberman *et al.* (1988) encontraron que las percepciones positivas de la cohesión del grupo constituían un predictor significativo de los resultados del tratamiento, confirmando la eficacia del formato de grupo para este enfoque.

IV.8. *Ampliaciones del* CAD *a diferentes poblaciones*

ADOLESCENTES. Teniendo como modelo el *CAD*, se desarrolló el nuevo *Curso de afrontamiento de la depresión con adolescentes (CAD-A) (Adolescent coping with depression course, CWD-A;* Clarke, Lewinsohn y Hops, 1990). El contenido de los grupos del *CAD-A*, aunque similar al contenido del *CAD* para adultos, se ha simplificado sustancialmente, dando un mayor énfasis al aprendizaje por medio de la experiencia y menos tareas para casa. Tanto a los adolescentes como a sus padres se les da "cuadernos del participante" sencillos que incluyen tareas para casa, formatos de autorregistro, informaciones breves y lecturas. Estos cuadernos del participante se encuentran muy integrados con las sesiones de grupo. Además de las áreas de habilidades incluidas en el *CAD* para adultos, el *CAD-A* se amplió para incorporar la enseñanza de habilidades básicas de comunicación, negociación y solución de conflictos. El añadir las habilidades de comunicación se basó en las suposiciones de que la adolescencia es un período en el que muchos conflictos padres-hijos surgen cuando los adolescentes defienden la independencia con respecto a sus familias y que la solución no satisfactoria de los conflictos conduce a transacciones padres-hijos recíprocamente punitivas. La negociación específica y las técnicas de comunicación se adaptaron de materiales desarrollados por Robin (p. ej., Robin, 1979; Robin *et al.*, 1977; Robin y Weiss, 1980), Gottman (p. ej., Gottman *et al.*, 1976) y Alexander (p. ej., Alexander y Parsons, 1973; Alexander *et al.*, 1976).

El *CAD-A* se fundamenta en la premisa de que enseñar a los adolescentes nuevas estrategias y habilidades de afrontamiento les permitirá contrarrestar los factores supuestamente causales que contribuyen a su episodio depresivo y afrontar con más eficacia los problemas planteados por su ambiente. El tratamiento tiene como objetivo ayudar a los adolescentes a superar su depresión y permitirles que se enfrenten con eficacia a los futuros casos de supuestos factores de riesgo.

El modelo teórico subyacente de la depresión es el modelo multifactorial propuesto por Lewinsohn *et al.* (1985). Este modelo supone que existen distintos factores etiológicos y/o de riesgo que pueden contribuir al resultado final de la depresión, ninguno de los cuales son, por sí mismos, precondiciones necesarias o suficientes. Se hipotetiza que la depresión es el resultado de múltiples elementos causales que actúan de acuerdo o conjuntamente; la mezcla o combinación exacta de los factores que contribuyen difiere en los casos individuales. Se considera que la depresión ocurre dentro del contexto persona-ambiente, dándose una interacción continua y recíproca entre las variables de la persona y del ambiente. El modelo supone la existencia de *vulnerabilidades* (características de la persona que aumentan la probabilidad de llegar a deprimirse, como las cogniciones depresotípicas, vivir en ambientes estresantes y conflictivos) e *inmunidades* (características de la persona como el afrontamiento eficaz, las habilidades sociales y otras, la implicación en actividades agradables, la autoestima elevada), que reducen la probabilidad de llegar a deprimirse.

El modelo hipotetiza que el proceso depresogénico empieza con una pertur-

bación de importantes patrones de conducta adaptativos. Los acontecimientos indeseables de la vida, a niveles macro (acontecimientos vitales estresantes) y micro (conflictos diarios), son buenos ejemplos de acontecimientos que pueden causar perturbaciones serias de los patrones de conducta importantes para las interacciones diarias del individuo con el ambiente. Si esas perturbaciones conllevan un aumento de las experiencias aversivas, dan como resultado un cambio negativo de la calidad de vida de la persona. Se postula que la incapacidad para invertir esas perturbaciones conduce a la disforia y a otras manifestaciones cognitivas (p. ej., pesimismo) y conductuales (p. ej., pasividad).

El *CAD-A* se adaptó de la versión para adultos del *CAD* (Lewinsohn *et al.*, 1984). La relevancia del *CAD* para adolescentes deprimidos está propuesta por la investigación que indica que los adolescentes deprimidos muestran un patrón de problemas psicosociales muy similar al manifestado por adultos deprimidos (Lewinsohn *et al.*, 1994). Los aspectos importantes y únicos del curso como forma de terapia incluyen: *a*. Su naturaleza psicoeducativa, no estigmatizante. *b*. Su énfasis en el entrenamiento en habilidades para fomentar el control sobre el propio estado de ánimo y mejorar la propia capacidad para afrontar las situaciones problemáticas. *c*. El uso de actividades de grupo y de la representación de papeles, y *d*. Su coste/eficacia. Al modificar el curso para su uso con adolescentes, el material se ha simplificado con un mayor énfasis en el aprendizaje por medio de la experiencia. Las tareas para casa se han acortado y, al contrario que con el *CAD* para adultos, no se les asignan lecturas entre sesiones.

El *CAD-A* incluye 16 sesiones de dos horas que se llevan a cabo a lo largo de un período de ocho semanas para grupos de hasta diez adolescentes. Cada participante recibe un cuaderno que le proporciona lecturas breves, exámenes cortos, tareas de aprendizajes estructuradas y formatos de las tareas para casa de cada sesión. Al final de cada una de ellas, se les da a los adolescentes tareas para casa que se repasan al comienzo de la sesión siguiente. La intención de dichas tareas es que se practiquen las habilidades fuera del lugar de tratamiento, aumentando por consiguiente la probabilidad de generalización a las situaciones de la vida diaria. Aunque se ha evaluado bajo un formato de grupo, el *CAD-A* puede emplearse como terapia individual.

Un curso paralelo para los padres de los adolescentes deprimidos (Lewinsohn *et al.*, 1991) se deriva de los conceptos de que los padres constituyen una parte integral del sistema social del adolescente y que los conflictos no resueltos padres-adolescentes contribuyen a la aparición y al mantenimiento de los episodios depresivos. Los objetivos del curso para los padres consisten en ayudarles a acelerar el aprendizaje de las nuevas habilidades de los adolescentes con apoyo y refuerzo positivo y asistirles en el empleo de estas habilidades en las situaciones diarias. Los padres se reúnen con el terapeuta dos horas a la semana durante las cuales se les describen las habilidades que se imparten en el curso para adolescentes. Se les enseña también a los padres las habilidades de comunicación y de solución de problemas que aprenden los adolescentes. Se mantienen dos sesiones conjuntas durante las cuales los adolescentes y los padres practican estas habilidades en temas que son importantes para cada familia. Se han elaborado cuadernos para los padres con el fin de guiarles a lo largo de las sesiones.

IV.8.1. Componentes del *CAD* para adolescentes

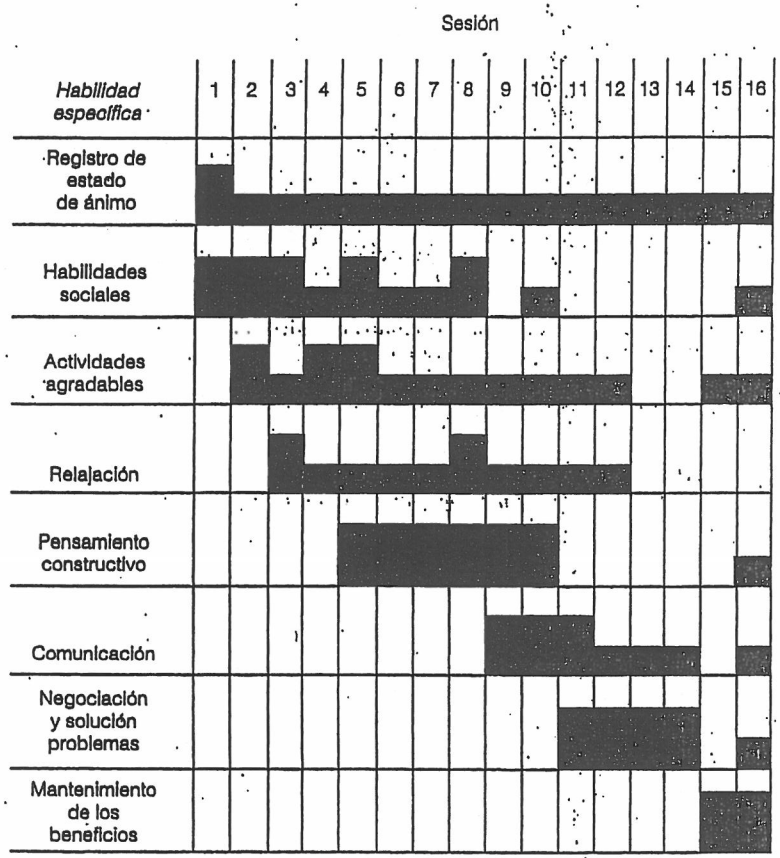
En la primera sesión se presentan las directrices del grupo, la explicación del tratamiento y el "punto de vista" del aprendizaje social para la depresión (Lewinsohn *et al.*, 1985). Desde el principio, se enseña a los adolescentes a que observen su estado de ánimo para obtener una línea base y un método para mostrar los cambios en el estado de ánimo como consecuencia del aprendizaje de nuevas habilidades y el implicarse en actividades. Las siguientes sesiones se centran en enseñar las distintas habilidades. Como se presenta en la figura 16.5, aunque se introducen habilidades específicas en sesiones concretas, la discusión y la práctica continúan a lo largo de las sesiones para facilitar la adquisición de la conducta.

Aumento de las habilidades sociales. El entrenamiento en habilidades sociales, una deficiencia básica en muchos individuos deprimidos (p. ej., Libet y Lewinsohn, 1973), tiene lugar a lo largo del curso con el fin de proporcionar una base sobre la que construir otras habilidades esenciales (p. ej., la comunicación). Incluidas en el entrenamiento en habilidades sociales se encuentran las técnicas de conversación, la planificación de actividades sociales y las estrategias para hacer amigos.

Aumento de las actividades agradables. Las sesiones diseñadas para aumentar las actividades agradables se basan en la suposición de que tasas relativamente bajas de refuerzo positivo (p. ej., interacciones sociales positivas, participación en actividades placenteras) son antecedentes críticos de los episodios depresivos (véase Lewinsohn, Biglan y Zeiss, 1976). De este modo, se estimula a los individuos deprimidos a que aumenten las actividades agradables. Para lograr este objetivo, se enseña a los adolescentes habilidades básicas para cambiarse a sí mismos, como el autorregistro para establecer una línea base, el plantear objetivos realistas, el desarrollar un plan y un contrato para el cambio de conducta y el autorrefuerzo para alcanzar los objetivos del contrato. El *Programa de acontecimientos agradables (Pleasant events schedule, PES;* MacPhillamy y Lewinsohn, 1982), una amplia lista de actividades agradables que se ha adaptado para su utilización con adolescentes, proporciona a cada participante una lista individualizada de actividades que tiene que aumentar.

La disminución de la ansiedad. Se proporciona entrenamiento en relajación por medio del procedimiento de Jacobson (1929). Posteriormente se enseña un método menos visible que no requiere la tensión y relajación progresiva de los músculos (Benson, 1975), para ser empleado en lugares públicos como las salas de clase. Se proporciona entrenamiento en relajación porque muchos individuos deprimidos están también ansiosos, lo que puede reducir el disfrute potencial de muchas actividades agradables. Además, la tensión y la ansiedad interfieren a menudo con la actuación en situaciones sociales. Las habilidades de relajación se enseñan al principio del curso por las razones que ya hemos señalado.

FIGURA 16.5. *Programa de habilidades y sesiones*



Leyenda: ▮ = Se enseña la habilidad

■ = Se discute sobre la habilidad como parte de la práctica para casa

Fuente: G. N. Clarke, P. M. Lewinsohn, y H. Hops (1990). *Adolescent coping with depression course* (Leader's manual for adolescent groups). Eugene, Or: Castalia.

Reducción de las cogniciones depresogénicas. Se incluyen sesiones centradas en las cogniciones depresogénicas con base en la suposición de que la depresión está causada y mantenida por esquemas cognitivos irracionales o negativos. Como ya vimos, el curso incluye elementos adaptados y simplificados de las intervenciones desarrolladas por Beck y sus colaboradores (p. ej., Beck *et al.*, 1979), por Ellis y Harper (1961) y por Kranzler (1974), para identificar, cuestionar y cambiar los pensamientos negativos y las creencias irracionales. Se emplean tiras gráficas con personajes populares que atraigan a los adolescentes (p. ej., Mafalda, Carlitos y Snoopy) para ilustrar los pensamientos negativos depresogénicos y los pensamientos positivos que se pueden emplear para contrarrestarlos.

Solución de conflictos. Hay seis sesiones dedicadas a enseñar habilidades de comunicación, de negociación y de solución de conflictos para su utilización con los padres y los iguales. Los conflictos adolescente-padres aumentan conforme los adolescentes defienden su independencia (Steinberg y Silverberg, 1986). La solución de problemas no satisfactoria, junto con el aumento de los conflictos familiares, puede contribuir a que aparezca la depresión en este período de edad. Las técnicas específicas que se utilizan en el curso provienen de las técnicas empleadas en la terapia marital conductual (p. ej., Gottman, 1979; Jacobson y Margolin, 1979; Weiss, Hops y Patterson, 1973) y sus adaptaciones para la utilización con padres e hijos (p. ej., Forgatch, 1989; Robin y Foster, 1989). El entrenamiento en comunicación se centra en la adquisición de conductas positivas, como el parafrasear para verificar el mensaje, la respuesta activa, el contacto ocular apropiado y la eliminación y corrección de conductas no productivas, como las acusaciones, el interrumpir y el degradar a la otra persona. Se enseña a los adolescentes técnicas de negociación y solución de problemas, como definir el problema sin criticar, el torbellino de ideas para soluciones alternativas, evaluar y llegar a un acuerdo mutuo sobre una solución y especificar el acuerdo con la inclusión de consecuencias positivas y negativas para el cumplimiento y no cumplimiento del mismo, respectivamente. Todas estas técnicas se practican durante las dos sesiones conjuntas padres-adolescentes, en las que los terapeutas participan como facilitadores.

La planificación del futuro. Las dos sesiones finales se centran en la integración de las habilidades, en la anticipación de futuros problemas, en el desarrollo de un plan y de unos objetivos de vida y en la prevención de las recaídas. Ayudado por el terapeuta del grupo, cada adolescente desarrolla un "plan de emergencia" personalizado, por escrito, en el que detalla los pasos que dará para contrarrestar los sentimientos de depresión que se vuelvan a dar en el futuro.

Tres estudios han examinado la eficacia del *CAD-A*. El primer estudio (Clarke, 1985) se llevó a cabo con una muestra de 21 adolescentes. Los resultados de este estudio inicial fueron prometedores. En el segundo estudio, Lewinsohn *et al.* (1990), se distribuyó aleatoriamente a 59 adolescentes clínicamente deprimidos a tres condiciones: a) un grupo cognitivo-conductual, psicoeducativo, sólo para adolescentes; b) un grupo idéntico para adolescentes pero estando sus padres incluidos en un grupo específico para padres, y c) una condición de lista de

espera. Los adolescentes y sus padres participaron en amplias entrevistas en el momento del ingreso, en el postratamiento y a los 1, 6, 12 y 24 meses de seguimiento una vez finalizado el tratamiento. Los resultados de este estudio demostraron que, comparados con los sujetos de la lista de espera, los individuos tratados mejoraron significativamente en las medidas de depresión. Estas ganancias se mantenían a los dos años después del tratamiento.

Una tercera comprobación de la eficacia del programa de tratamiento se realizó con 96 adolescentes que cumplían los criterios del *DSM-III-R* (APA, 1987) para la depresión mayor o la distimia (Lewinsohn *et al.*, en prensa). Para este estudio, el protocolo del curso se volvió a escribir, de modo que los componentes se presentaron de un modo jerárquico, más sistemático, con el fin de que la adquisición de las habilidades básicas tuviera lugar antes que las habilidades más complejas. Por ejemplo, las habilidades de comunicación se establecieron antes que las habilidades de solución de conflictos, porque las primeras son prerrequisitos básicos para la negociación con éxito, que requiere el parafrasear y el envío y la recepción eficaz de mensajes. El curso se hizo más apropiado a la edad, añadiendo componentes como tiras gráficas, etc., que serían atractivos para los adolescentes. Este estudio examinó también el poder de las sesiones de apoyo para prevenir las recaídas y mantener las ganancias de los adolescentes. Se distribuyó aleatoriamente a los 96 adolescentes a las mismas condiciones de tratamiento que en el estudio anterior.

Los resultados fueron muy parecidos a ese estudio. Los dos grupos de tratamiento mostraron mejoras significativamente mayores que el grupo control de lista de espera, tanto en las tasas de recuperación como en la disminución de las puntuaciones del *Inventario de depresión de Beck*. El 67% de los adolescentes tratados no cumplía ya con los criterios en el postratamiento, comparado con sólo el 48% de los sujetos de la lista de espera. Además, no había diferencias significativas en la recuperación o en las tasas de recaída dependiendo del sexo o de las tres condiciones de seguimiento. A los 12 y 24 meses después del tratamiento, el 81,3% y el 97,5% de los adolescentes se había recuperado, respectivamente.

IV.8.2. Componentes del *CAD* para personas mayores

Las intervenciones cognitivo-conductuales se han utilizado en el tratamiento de las personas mayores deprimidas (p. ej., Evans, Werkhoven y Fox, 1982; Hautzinger, 1992; Steuer y Hammen, 1983; Teri y Uomoto, 1986; Waller y Griffin, 1984; Yost *et al.*, 1986). En una reciente revisión de esta literatura, Teri, Curtis y Gallagher-Thompson (1991) concluyeron que todas las variantes de las intervenciones cognitivo-conductuales (sólo cognitiva, sólo conductual y combinada) parecen ser eficaces para reducir la depresión, no únicamente en ancianos físicamente sanos, sino también en otros subgrupos menos sanos, como aquellos que padecen enfermedades crónicas o demencia. Además, parece que los beneficios del tratamiento permanecen en todas las modalidades.

El *CAD* se ha modificado por ser empleado con personas mayores (Breckenridge *et al.*, 1985; Hedlund y Thompson, 1980). Thompson *et al.* (1983) evaluaron el curso modificado, el *Curso para la satisfacción en la vida (CSV) (Life satisfaction course, LSC)*, en el tratamiento de personas mayores deprimidas. De seis a ocho participantes por grupo se reunían dos horas a la semana a lo largo de seis semanas. Las sesiones se centraban en la observación y evaluación del estado de ánimo, en identificar actividades agradables y acontecimientos desagradables en sus vidas, y en aprender a registrar y observarlos diariamente. A los participantes se les presentaban ejercicios para ayudarles a experimentar la asociación entre el nivel de actividad y el estado de ánimo, y para obtener cierto control sobre su estado de ánimo por medio de la realización de actividades agradables. En la cuarta sesión, se enseñaron técnicas de autorrefuerzo y se instruyó a cada participante a que identificara un problema personal específico que pareciese posible cambiar. En la quinta sesión, se identificó un segundo objetivo posible. La sesión sexta se centró en la forma de mantener y generalizar el progreso alcanzado en el curso. Los hallazgos indican que el enfoque fue eficaz para reducir el malestar en personas mayores. Los participantes que completaron el curso informaron de menos síntomas de depresión, menos frecuencia de pensamientos negativos sobre sí mismos y sobre el futuro y un aumento del disfrute y la frecuencia de los acontecimientos agradables en la vida diaria.

IV.8.3. Componentes del *CAD* para cuidadores

Algunos investigadores (Lovett, 1984; Lovett y Gallagher, 1988; Teri y Uomoto, 1986; Teri y Gallagher-Thompson, 1991) han desarrollado variaciones del *CAD/CSV* para emplearlo con personas que cuidan de ancianos delicados o con demencia. Esta aplicación es potencialmente importante porque esos cuidadores tienen un riesgo elevado de caer en una depresión. El *CSV* para cuidadores incluye 10 sesiones de dos horas una vez a la semana durante las cuales se enseña a los cuidadores a observar su estado de ánimo y las actividades agradables, a identificar actividades agradables que desean realizar más frecuentemente, a plantear objetivos realistas, paso a paso, para aumentar su tasa de acontecimientos agradables y a emplear técnicas de autorregistro y de autorrefuerzo para alcanzar esos objetivos. La participación máxima en cada grupo está limitada a 10 cuidadores, con dos coterapeutas. Resultados preliminares de este programa indican que los niveles de depresión de los cuidadores y de personas mayores con depresión no clínica se reducían del pre al postratamiento, mientras que los grupos control de lista de espera no informaban de ningún cambio significativo (Lovett y Gallager, 1988).

IV.9. *La prevención de la depresión*

Finalmente, el *CAD* se ha adaptado y examinado también como un medio de prevenir episodios de depresión entre individuos con un elevado riesgo de desarrollar ese tipo de episodios. Muñoz *et al.* (1987) modificaron el *CAD* y lo emplearon con un grupo que se sabía tenía un elevado riesgo de trastornos depresivos

futuros: bajos ingresos, pacientes ambulatorios pertenecientes a minorías. Las personas que ya padecían un episodio de depresión se eliminaron del estudio. Los miembros del grupo experimental se compararon con dos grupos control: un grupo sin intervención y un grupo sólo de información que recibía una presentación por medio del vídeo de las ideas del *CAD*. Los resultados de este estudio indicaron que los participantes que recibían el *CAD* mostraban una mayor disminución significativa en el nivel de síntomas depresivos, tal como lo medía el *Inventario de depresión de Beck* (Muñoz *et al.*, 1988; Muñoz y Ying, 1993).

Manson y sus colaboradores (Manson, 1988; Manson, Mosely y Brenneman, 1988) han modificado de forma similar el *CAD* para su empleo como una intervención para la prevención con indios americanos de 45 y más años. El curso se reestructuró con el fin de que fuese culturamente relevante a las tribus de tres reservas del noroeste y se simplificó para incluir las limitaciones impuestas por la enfermedad física de los participantes. Finalmente, Clarke *et al.* (1990) modificaron el *CAD* para ayudar a adolescentes ligeramente deprimidos a que no se deprimiesen más seriamente. Los sujetos ligeramente deprimidos son una población objetivo especialmente relevante para la prevención, porque se sabe que esos individuos tienen un elevado riesgo de desarrollar un episodio de depresión más grave (Lewinsohn, Hoberman y Rosenbaum, 1988). Clarke *et al.* (1990) llevaron a cabo un estudio con adolescentes de instituto que tenían un elevado riesgo de depresión, basándose en un programa de prevención de terapia cognitiva en formato de grupo para reducir la incidencia futura de sintomatología y trastornos afectivos unipolares. El estatus de riesgo para este estudio se fundamentó en una definición de desmoralización, o niveles subdiagnósticos de síntomas depresivos, propuesta por Roberts (1987)

Se identificaron adolescentes de tres institutos, que tenían un riesgo potencial para la depresión, por medio de un procedimiento de dos fases. La fase primera de selección consistía en una escala de autoinforme para la depresión, la *Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos para la Depresión (CEE-D)*, que se administraba a una muestra inicial de 1.640 adolescentes de instituto. Empleando un punto de corte de la *CEE-D* de 24 o más como una definición operacional de la desmoralización (véanse Roberts, 1987; Rohde, Lewinsohn y Seeley, 1991), se identificaron 222 adolescentes con un riesgo potencial y se entrevistaron posteriormente en la segunda fase del procedimiento para descubrir casos clínicos. Esta segunda fase determinó los candidatos adolescentes que estaban deprimidos actualmente (criterios del *DSM-III-R* para la depresión mayor y/o la distimia) y no eran, por lo tanto, candidatos para la prevención. Se encontró que 39 de los adolescentes entrevistados (17,6%) cumplían los criterios para el trastorno afectivo unipolar según el *DSM-III-R* y se les envió para tratamiento no experimental. La muestra restante de 183 adolescentes no sufría de depresión actualmente, pero corrían el riesgo de padecer una depresión en el futuro debido a su estatus de desmoralización. El 88% (n = 150) de estos adolescentes y sus padres aceptó la invitación de incluirse en la fase de intervención del estudio. Aunque había algunos casos de ansiedad o de trastorno de conducta entre estos adolescentes, la mayoría (> 85%) tenía sólo síntomas de depresión subdiagnóstica sin un diagnóstico actual según el *DSM-III-R*.

Los 150 adolescentes desmoralizados se asignaron aleatoriamente a: a) un grupo de intervención cognitivo-conductual de 15 sesiones que tenía lugar al terminar las clases (n = 76), o b) una condición control de "cuidado habitual" (n = 74). La intervención activa se denominó curso de "Afrontamiento del estrés" y consistió en quince sesiones de 45 minutos cada una en las que se enseñaba a adolescentes con alto riesgo técnicas de terapia cognitiva para identificar y cuestionar pensamientos irracionales o negativos que podrían contribuir al desarrollo de un futuro trastorno afectivo. La intervención de prevención se modificó a partir de la terapia cognitiva para adultos deprimidos (Beck *et al.*, 1979) y del *CAD* (Clarke *et al.*, 1990). Los grupos de prevención eran dirigidos por psicólogos y por asesores escolares con una formación mínima, de nivel de maestría, en psicología clínica, de asesoramiento o escolar.

En la condición de "cuidado habitual", los adolescentes tenían libertad de continuar con la intervención ya existente o buscar una nueva ayuda durante el período de estudio. A los adolescentes incluidos en la intervención activa se les permitía también continuar con el tratamiento ya existente y/o buscar otro tratamiento, con el fin de igualar los servicios de intervención extraexperimental en todas las condiciones.

Permanencia de los sujetos. De los 150 sujetos asignados a las distintas condiciones, el estudio consiguió tasas de permanencia de 125 al final de la intervención, 120 en el seguimiento de 6 meses y 109 en el de 12 meses, dándose una tasa total de abandonos del 27,3% (41 de 150). Se comparó a los sujetos que permanecieron y los que abandonaron en variables psicopatológicas y demográficas, incluyendo las puntuaciones de depresión en el ingreso en el *CEE-D*; no se encontraron efectos principales o de interacción para el abandono.

Se empleó el método del análisis de supervivencia para comparar los resultados a largo plazo en los dos grupos, utilizando una entrevista para especificar el momento de la aparición del episodio. Había menos casos de depresión mayor y/o de distimia en la condición experimental a lo largo del período de seguimiento. Las tasas de incidencia global de la depresión mayor o de la distimia a lo largo del período de seguimiento eran de 25,7% (18 de 70) para el grupo control y de 14,5% (8 de 55) para el grupo experimental.

V. TENDENCIAS FUTURAS

En este capítulo hemos presentado una revisión de las teorías conductuales de la depresión y hemos descrito una serie de procedimientos conductuales para la evaluación y tratamiento de este trastorno. Queda claro que hay una serie de intervenciones conductuales eficaces para la depresión, intentando todas ellas modificar las interacciones del paciente con el ambiente social, con el fin de disminuir el nivel de depresión. Estos programas son diversos, se centran de forma diferente en ayudar a los pacientes deprimidos a llevar a cabo más frecuentemente actividades agradables, a mejorar sus habilidades sociales, a ser más preci-

sos en la autoobservación, menos estrictos en la autoevaluación y más liberales en el autorrefuerzo, y a aprender habilidades de afrontamiento y de solución de problemas más eficaces. A pesar de esta diversidad, es aparente que un objetivo principal de estos programas implica el aumento de la cantidad de refuerzo positivo recibido por los pacientes deprimidos; es evidente también que el alcanzar estos objetivos conduce normalmente a una disminución significativa en la sintomatología depresiva.

Señalamos anteriormente que se han realizado progresos significativos en la evolución de las teorías conductuales de la depresión. Avances similares son también aparentes con respecto tanto a la evaluación de la depresión como a las intervenciones conductuales para este trastorno. Sin embargo, existe una serie de áreas en las que claramente se requiere más trabajo. Por ejemplo, aunque los investigadores han demostrado la eficacia general de los enfoques conductuales para el tratamiento de la depresión, sabemos comparativamente poco sobre qué componentes de estas intervenciones son responsables del cambio a nivel de la depresión o sobre qué mecanismos están implicados en el proceso de cambio.

Como aspecto relacionado, es importante señalar que los investigadores *no* han encontrado generalmente que los resultados de las terapias para la depresión sean específicos al tratamiento que se investiga. Por consiguiente, parece que independientemente del supuesto objetivo específico de la intervención (p. ej., cogniciones, conducta, afecto), todos ellos se encuentran afectados por el tratamiento y, además, es probable que se influyan entre sí de manera recíproca. Con respecto a las intervenciones conductuales, esta falta de especificidad plantea cuestiones importantes sobre el papel que juegan realmente los cambios de las conductas objetivo (p. ej., aumento de las actividades agradables, aumento de las habilidades sociales, incremento del autorrefuerzo) en la mejora de la depresión. Será necesario examinar de forma más explícita este tema en las investigaciones futuras. En este contexto, los investigadores deberían considerar el emplear análisis de modelado causal con el fin de proporcionar mayor claridad con respecto a los mecanismos de cambio en la psicoterapia (p. ej., Hollon, DeRubeis y Evans, 1987).

Merece la pena comentar cuatro áreas finales para la investigación futura. En primer lugar, aunque las intervenciones conductuales han demostrado ser razonablemente eficaces para reducir la sintomatología depresiva al final del tratamiento, está relativamente claro que la depresión es un trastorno recurrente (Belsher y Costello, 1988; Gonzales, Lewinsohn y Clark, 1985). Es más, Angst *et al.* (1973) informaron que el número medio de episodios a lo largo de la vida en pacientes con depresión unipolar es de cinco a seis. Teniendo en cuenta la alta tasa de recaídas, sería importante que los investigadores desarrollasen intervenciones conductuales que no sólo disminuyesen los niveles de depresión inmediatamente después del tratamiento, sino que previniesen también la recurrencia de episodios futuros de depresión. La evitación de recaídas por medio del empleo de sesiones de apoyo después de la terminación del tratamiento (p. ej., Baker y Wilson, 1985) debería convertirse en un área de investigación activa. Esta atención sobre la prevención (p. ej., Muñoz *et al.*, 1987; Muñoz y Ying, 1993) será especialmente importante en el tratamiento de las personas deprimidas que

tienen un elevado riesgo de recaídas: pacientes con una historia de episodios depresivos (Lewinsohn, Zeiss y Duncan, 1989), pacientes con depresión secundaria, en cuanto opuesta a primaria (Keller *et al.*, 1982) y pacientes que viven con familiares hostiles o muy críticos (Hooley y Teasdale, 1989).

En segundo lugar, la mayoría de los investigadores que han examinado la eficacia de las intervenciones conductuales con la depresión han seleccionado pacientes con "depresión pura" para la inclusión en sus estudios. Concretamente, han excluido pacientes deprimidos con otros trastornos comórbidos. Sin embargo, los resultados de estudios recientes indican que una parte sustancial de individuos deprimidos presentan trastornos psiquiátricos comórbidos, como la ansiedad y el abuso de sustancias, y el trastorno de conducta en niños y adolescentes (Maser y Cloninger, 1990; Lewinsohn *et al.*, 1991; Rohde, Lewinsohn y Seeley, 1991). Por consiguiente, es esencial que los investigadores examinen el impacto de los trastornos comórbidos sobre la eficacia de las intervenciones conductuales para la depresión.

En tercer lugar, se necesitan estudios para identificar las características que distinguen a los que se benefician más y los que lo hacen menos de las intervenciones conductuales. Por ejemplo, hay cinco variables que han surgido como predictoras de la mejoría para los participantes deprimidos en el CAD (Brown y Lewinsohn, 1979; Steinmetz *et al.*, 1983; Teri y Lewinsohn, 1982): la mejoría esperada, la mayor satisfacción con la vida, la falta de psicoterapia concurrente o de medicación antidepresiva, los elevados niveles de apoyo social percibido y ser más jóvenes. Una serie de escritores han discutido sobre el valor potencial de emparejar los componentes del tratamiento con las características del paciente con el fin de proporcionar un enfoque específico al problema para el tratamiento de la depresión (p. ej., Biglan y Dow, 1981; McLean, 1981). Por ejemplo, McKnight *et al.* (1984) compararon la eficacia relativa de tratamientos que estaban relacionados directamente con las áreas objetivos iniciales y encontraron que los pacientes deprimidos con problemas de habilidades sociales o cogniciones irracionales mejoraron más después de haber recibido intervenciones específicas para estos déficit que en el caso de los pacientes que recibieron intervenciones no relacionadas con sus actuales áreas problema. En años recientes, Rude y Rehm (1991) han discutido algunas de las cuestiones teóricas subyacentes a esta área y referimos al lector interesado a este artículo.

Finalmente, se encuentra bien documentado en la literatura de la depresión que aproximadamente hay dos veces más mujeres que hombres que experimentan este trastorno (p. ej., Nolen-Hoeksema, 1990; Weissman *et al.*, 1984). A pesar de la consistencia de este hallazgo, se ha prestado poca atención a la posibilidad de que los hombres y las mujeres manifiesten distintos problemas psicosociales y que puedan responder de forma diferente a las intervenciones conductuales. En uno de los pocos estudios que han abordado este tema, Wilson (1982) informó que las mujeres y los hombres deprimidos mostraban respuestas comparables a los tratamientos conductuales. Sin embargo, es posible que los mecanismos responsables del cambio sean diferentes en los hombres y en las mujeres. Por ejemplo, McGrath *et al.* (1990) sugieren que los tratamientos conductuales pueden ser eficaces con las mujeres deprimidas «porque enseñan a las

mujeres a enfrentarse y superar el papel pasivo, dependiente, que se les puede haber enseñado desde la infancia y que puede estar alimentando sus depresiones» (p. 59). No queda claro que esto sea, de hecho, un mecanismo activo de las intervenciones conductuales para las mujeres deprimidas, ni tampoco está claro que este proceso no sea el mismo en los hombres. No obstante, es posible que el tratamiento conductual tenga un efecto diferente sobre las mujeres y sobre los hombres deprimidos. Ciertamente, ésta es un área que necesita una mayor exploración. Nuesta esperanza es que este capítulo sirva de impulso para esas investigaciones.

REFERENCIAS

Alexander, J. F. y Parsons, B. V. (1973). Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology, 81*, 219-225.

Alexander, J. F., Barton, C., Schiavo, R. S. y Parsons, B. O. (1976). Systems-behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristics, family behavior and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*, 656-664.

Angst, J., Baastrup, P. C., Grof, P., Hippius, H., Poeldinger, W. y Weiss, P. (1973). The course of monopolar depression and bipolar psychoses. *Psychiatrie, Neurologie et Neurochirurgie, 76*, 246-254.

Antonuccio, D. O., Ward, C. H. y Tearnan, B. H. (1989). The behavioral treatment of unipolar depression in adult outpatients. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification*, vol. 24. Nueva York: Sage.

Baker, A. L. y Wilson, P. H. (1985). Cognitive-behavior therapy for depression: The effects of booster sessions on relapse. *Behavior Therapy, 16*, 335-344.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

Becker, R. E. y Heimberg, R. G. (1985). Social skills training approaches. En M. Hersen y A. S. Bellack (dirs.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults*. Nueva York: Plenum.

Becker, R. E., Heimberg, R. G. y Bellack, A. S. (1987). *Social skills training treatment for depression*. Nueva York: Pergamon.

Bellack, A. S., Hersen, M. y Himmelhoch, J. (1981). Social skills training compared with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. *American Journal of Psychiatry, 138*, 1562-1567.

Bellack, A. S., Hersen, M. y Himmelhoch, J. (1983). A comparison of social skills training, pharmacotherapy, and psychotherapy for depression. *Behavior Research and Therapy, 21*, 101-107.

Belsher, G. y Costello, C. G. (1988). Relapse after recovery from unipolar depression: A critical review. *Psychological Bulletin, 104*, 84-96.

Benson, H. (1975). *The relaxation response*. Nueva York: William Morrow.

Biglan, A. y Dow, M. G. (1981). Toward a "second generation" model of depression treatment: A problem specific approach. En L. P. Rehm (dir.), *Behavior therapy for depression: Present status and future directions*. Nueva York: Academic Press.

Biglan, A., Hops, H., Sherman, L., Friedman, L. S., Arthur, J. y Osteen, V. (1985). Problem-solving interactions of depressed women and their husbands. *Behavior Therapy, 16*, 431-451.

Blumberg, S. R. y Hokanson, J. E. (1983). The effects of another person's response style on interpersonal behavior in depression. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 196-209.

Breckenridge, J. S., Zeiss, A. M., Breckenridge, J. y Thompson, L. (1985). Behavioral group therapy with the elderly: A psychoeducational model. En D. Upper y S. Ross (dirs.), *Handbook of behavioral group therapy*. Nueva York: Plenum.

Brown, M. A. y Lewinsohn, P. M. (1979). *Coping with depression workbook*. Universidad de Oregón, Eugene.

Brown, R. A. y Lewinsohn, P. M. (1984). A psychoeducational approach to the treatment of depression: Comparison of group, individual, and minimal contact procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 774-783.

Carey, M. P., Kelley, M. L. y Buss, R. R. (1986). Relationship of activity of depression in adolescents: Development of the adolescent activities checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 320-322.

Clarke, G. N. (1985). *A psychoeducational approach to the treatment of depressed adolescents*. Universidad de Oregón, sin publicar.

Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M. y Hops, H. (1990). *Adolescent coping with depression course*. Eugene, Or: Castalia.

Cole, T. L., Kelley, M. L. y Carey, M. P. (1988). The adolescent activities checklist: Reliability, standardization data and factorial validity. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 475-484.

Costello, C. G. (1972). Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness? *Behavior Therapy, 3*, 240-247.

Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry, 39*, 28-40.

DeJong-Meyer, R., Hautzinger, M., Rudolf, G. A. E. y Strauss, W. (1992, junio). *Effectiveness of combined behavioral-cognitive and antidepressant treatment of inpatients and outpatients with endogenous depression*. Comunicación presentada en el World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, Canadá.

Dykman, B. M., Horowitz, L. M., Abramson, L. Y. y Usher, M. (1991). Schematic and situational determinants of depressed and nondepressed students' interpretation of feedback. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 45-55.

Eisler, R., Hersen, M., Miller, P. y Blanchard, E. (1975). Situational determinants of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 330-340.

Ellis, A. y Harper, R. A. (1961). *A guide to rational living*. Hollywood, Ca: Wilshire Books.

Ellis, A. y Murphy, R. (1975). *A bibliography of articles and books on rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy*. Nueva York: Institute for Rational Living.

Evans, R. L., Werkhoven, W. y Fox, H. R. (1982). Treatment of social isolation and loneliness in a sample of visually impaired elderly persons. *Psychological Reports, 51*, 103-108.

Feldman, L. y Gotlib, I. H. (1993). Social dysfunction. En C. G. Costello (dir.), *Symptoms of depression*. Nueva York: Wiley.

Ferster, C. B. (1966). Animal behavior and mental illness. *Psychological Record, 16*, 345-356.

Forgatch, M. S. (1989). Patterns and outcome with family problem solving: The disrupting effect of negative emotions. *Journal of Marriage and the Family, 51*, 115-124.
Fuchs, C. Z. y Rehm, L. P. (1977). A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 206-215.
Glass, C. R., Merluzzi, T. V., Bierer, J. L. y Larsen, K. H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 6*, 37-55.
Goldfried, M. R. y Merbaum, M. (dirs.) (1973). *Behavior change through self-control*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
Gonzales, L. R., Lewinsohn, P. M. y Clarke, G. N. (1985). Longitudinal follow-up of unipolar depressives: An investigation of predictors of relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 461-469.
Goodman, S. H. y Brumley, H. E. (1990). Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology, 26*, 31-39.
Gordon, D., Burge, D., Hammen, C., Adrian, C., Jaenicke, C. y Hiroto, D. (1989). Observations of interactions of depressed women with their children. *American Journal of Psychiatry, 146*, 50-55.
Gotlib, I. H. (1982). Self-reinforcement and depression in interpersonal interaction: The role of performance level. *Journal of Abnormal Psychology, 91*, 3-13.
Gotlib, I. H. y Beach, S. R. H. (1995). A family discord model of depression: Implications for therapeutic intervention. En N. S. Jacobson y A. S. Gurman (dirs.), *Clinical handbook of couple therapy*. Nueva York: Guilford.
Gotlib, I. H. y Cane, D. B. (1989). Self-report assessment of depression and anxiety. En P. C. Kendall y D. Watson (dirs.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. Orlando, Fl: Academic Press.
Gotlib, I. H. y Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. Chichester, Inglaterra: Wiley.
Gotlib, I. H. y Hooley, J. M. (1988). Depression and marital distress: Current status and future directions. En S. Duck (dir.), *Handbook of personal relationships*. Chichester, Inglaterra: Wiley.
Gotlib, I. H. y Lee, C. M. (1990). Children of depressed mothers: A review and directions for future research. En C. D. McCann y N. S. Endler (dirs.), *Depression: New directions in theory, research, and practice*. Toronto: Wall and Thompson.
Gotlib, I. H. y McCabe, S. B. (1992). An information-processing approach to the study of cognitive functioning in depression. En E. F. Walker, B. A. Cornblatt y R. H. Dworkin (dirs.), *Progress in experimental personality and psychopathology research*, vol. 15. Nueva York: Springer.
Gotlib, I. H. y Meltzer, S. J. (1987). Depression and the perception of social skill in dyadic interaction. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 41-53.
Gotlib, I. H. y Robinson, L. A. (1982). Responses to depressed individuals: Discrepancies between self-report and observer-rated behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 91*, 231-240.
Gotlib, I. H., Wallace, P. M. y Colby, C. A. (1990). Marital and family therapy for depression. En B. B. Wolman y G. Stricker (dirs.), *Depressive disorders: Facts, theories, and treatment methods*. Nueva York: Wiley.
Gottman, J. M. (1979). *Marital interaction: Empirical investigations*. Nueva York: Academic.
Gottman, J., Notarius, C., Gonso, J. y Markman, H. (1976). *A couple's guide to communication*. Champaign, Il: Research.
Hammen, C. L. (1991). *Depression runs in families: The social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. Nueva York: Springer-Verlag.

Hammen, C. L. y Glass, D. R. (1975). Depression, activity, and evaluation of reinforcement. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 718-721.
Hautzinger, M. (1992). Behavior therapy for depression in the elderly. *Verhaltenstherapie, 2*, 217-221.
Hautzinger, M. (1993, septiembre). *Cognitive-behavior therapy and pharmacotherapy in depression: Results of two collaborative treatment outcome studies with endogenous and non-endogenous depressed in- and out-patients*. Comunicación presentada en el Symposium about interpersonal factors in origin and course of affective disorders, Heidelberg, Alemania.
Hautzinger, M., Linden, M. y Hoffman, N. (1982). Distressed couples with and without a depressed partner: An analysis of their verbal interaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology, 13*, 307-314.
Hautzinger, M., Stark, W. y Treiber, R. (1992). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (2ª edición). Weinheim, Alemania: Psychologie Verlags Union.
Hautzinger, M., DeJong-Meyer, R., Treiber, R. y Rudolf, G. A. E. (1992, junio). *Cognitive behavior therapy versus pharmacotherapy in depression: Collaborative treatment outcome study with "neurotic-depressed" in- and out-patients*. Comunicación presentada en el World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, Canadá.
Hedlund, B. y Thompson, L. W. (1980, agosto). *Teaching the elderly to control depression using an educational format*. Comunicación presentada en la reunión de la American Psychological Association, Montreal, Canadá.
Hersen, M., Bellack, A. S., Himmelhoch, J. M. y Thase, M. E. (1984). Effects of social skills training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy, 15*, 21-40.
Hinchliffe, M., Hooper, D. y Roberts, F. J. (1978). *The melancholy marriage*. Nueva York: Wiley.
Hoberman, H. M. y Lewinsohn, P. M. (1985). The behavioral treatment of depression. En E. E. Beckham y W. R. Leber (dirs.), *Handbook of depression: Treatment, assessment, and research*. Homewood, Il: Dorsey.
Hoberman, H. M., Lewinsohn, P. M. y Tilson, M. (1988). Group treatment of depression: Individual predictors of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 393-398.
Hollon, S. D., DeRubeis, R. J. y Evans, M. D. (1987). Causal mediation of change in treatment for depression: Discriminating between nonspecificity and noncausality. *Psychological Bulletin, 102*, 139-149.
Hooley, J. M. y Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 229-237.
Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
Jacobson, N. S. y Anderson, E. (1982). Interpersonal skills deficits and depression in college students: A sequential analysis of the timing of self-disclosures. *Behavior Therapy, 13*, 271-282.
Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmaling, K. B. y Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 547-557.
Jacobson, N. S. y Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principals*. Nueva York: Brunner/Mazel.
Kanfer, F. H. (1977). The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. En R. B. Stuart (dir.), *Behavioral self-management*. Nueva York: Brunner/Mazel.

Keller, M. B., Shapiro, R. W., Lavori, P. W. y Wolfe, N. (1982). Recovery in major depressive disorder: Analysis with the life table and regression models. *Archives of General Psychiatry, 39*, 905-910.
Kowalik, D. L. y Gotlib, I. H. (1987). Depression and marital interaction: Concordance between intent and perception of communication. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 127-134.
Kranzler, G. (1974). *You can change how you feel*. Eugene, Or: RETC Press.
Lakein, A. (1973). *How to get control of your time and your life*. Nueva York: New American Library.
Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. J. Friedman y M. M. Katz (dirs.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Nueva York: Wiley.
Lewinsohn, P. M. y Amenson C. (1978). Some relations between pleasant and unpleasant mood-related events and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 644-654.
Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steinmetz, J. L. y Teri, L. (1984). *The Coping with Depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, Or: Castalia.
Lewinsohn, P. M. y Atwood, G. E. (1969). Depression: A clinical research approach. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 6*, 166-171.
Lewinsohn, P. M., Biglan, A. y Zeiss, A. M. (1976). Behavioral treatment of depression. En P. O. Davidson (dir.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain*. Nueva York: Brunner/Mazel.
Lewinsohn P. M. y Clarke, G. N. (1986). *Pleasant events schedule for adolescents*. Sin publicar.
Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H. y Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy, 21*, 385-401.
Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. y Rosenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 251-264.
Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. Bootzin (dirs.), *Theoretical issues in behavior therapy*. Nueva York: Academic.
Lewinsohn, P. M., Lobitz, W. C. y Wilson, S. (1973). "Sensitivity" of depressed individuals to aversive stimuli. *Journal of Abnormal Psychology, 81*, 259-263.
Lewinsohn, P. M., Mermelstein, R. M., Alexander, C. y MacPhillamy, D. J. (1985). The unpleasant events schedule: A scale for the measurement of aversive events. *Journal of Clinical Psychology, 41*, 483-498.
Lewinsohn, P. M., Mischel, W., Chaplin, C. y Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology, 89*, 203-217.
Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A. y Zeiss, A. M. (1986). *Control your depression* (2ª edición). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H. y Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 302-315.
Lewinsohn, P. M. y Rohde, P. (1987). Psychological measurement of depression: Overview and conclusions. En A. J. Marsella, R. M. A. Hirschfeld y M. M. Katz (dirs.), *The measurement of depression*. Chichester: Wiley.
Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Hops, H. y Clarke, G. N. (1991). *Leaders manual for parent groups: Adolescent coping with depression course*. Sin publicar.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Hops, H. y Seeley, J. R. (en prensa). A cognitive-behavioral approach to the treatment of adolescent depression. En E. Hibbs y P. Jensen (dirs.), *Psychosocial treatment research of child and adolescent disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R. y Hops, H. (1991). Comorbidity of unipolar depression: I. Major depression with dysthymia. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 205-213.
Lewinsohn, P. M. y Schaffer, M. (1971). The use of home observations as an integral part of the treatment of depression: Preliminary report of case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37*, 87-94.
Lewinsohn, P. M. y Shaw, D. A. (1969). Feedback about interpersonal behavior as an agent of behavior change: A case study in the treatment of depression. *Psychotherapy and Psychosomatics, 17*, 82-88.
Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M. y Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 47*, 322-334.
Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M. y Grosscup, S. J. (1982). Behavioral therapy: Clinical applications. En A. J. Rush (dir.), *Short-term psychotherapies for the depressed patient*. Nueva York: Guilford.
Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. y Alper, T. (1970). A behavioral approach to the group treatment of depressed persons: A methodological contribution. *Journal of Clinical Psychology, 26*, 525-532.
Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. y Shaw, D. (1969). Depression: A clinical-research approach. En R. D. Rubin y C. M. Frank (dirs.), *Advances in behavior therapy*. Nueva York: Academic.
Lewinsohn, P. M., Youngren, M. A. y Grosscup, S. J. (1979). Reinforcement and depression. En R. A. Depue (dir.), *The psychobiology of the depressive disorders: Implications for the effects of stress*. Nueva York: Academic.
Lewinsohn, P. M., Zeiss, A. M. y Duncan, E. M. (1989). Probability of relapse after recovery from an episode of depression. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 107-116.
Liberman, R. P. y Raskin, D. E. (1971). Depression: A behavioral formulation. *Archives of General Psychiatry, 24*, 515-523.
Libet, J. y Lewinsohn, P. M. (1973). The concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40*, 304-312.
Lovett, S. y Gallagher, D. (1988). Psychoeducational interventions for family caregivers: Preliminary efficacy data. *Behavior Therapy, 19*, 321-330.
Lovett, S. (1984). *Caregiver research program: "Increasing life satisfaction" class for caregivers manual*. Sin publicar.
Lubin, B. (1967). *Manual for depression adjective check lists*. San Diego, Ca: Educational and Industrial Testing Service.
MacPhillamy, D. J. y Lewinsohn, P. M. (1982). The Pleasant Events Schedule: Studies on reliability, validity, and scale intercorrelations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 363-380.
Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Ma: Ballinger.
Mahoney, M. J. y Thoresen, C. E. (1974). *Self-control: Power to the person*. Monterey, Ca: Brooks/Cole.
Manson, S. M. (1988). American Indian and Alaska Native mental health research. *The Journal of the National Center, 1*, 1-64.
Manson, S. M., Mosely, R. M. y Brenneman, D. L. (1988). *Physical illness, depression,*

and older American Indians: A preventive intervention trial. Manuscrito sin publicar, Oregon Health Sciences University.
Maser, J. D. y Cloninger, C. R. (dirs.) (1990). *Comorbidity in anxiety and mood disorders.* Washington, D.C.: American Psychiatrie Press.
McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R. y Russo, N. F. (dirs.) (1990). *Women and depression: Risk factors and treatment issues.* Washington, DC: American Psychological Association.
McKnight, D. L., Nelson, R. O., Hayes, S. C. y Jarrett, R. B. (1984). Importance of treating individually-assessed response classes in the amelioration of depression. *Behavior Therapy, 15,* 315-335.
McLean, P. (1976). Therapeutic decision-making in the behavioral treatment of depression. En P. O. Davidson (dir.), *The behavioral management of anxiety, depression, and pain.* Nueva York: Brunner/Mazel.
McLean, P. (1981). Remediation of skills and performance deficits in depression: Clinical steps and research findings. En J. Clarkin y H. Glazer (dirs.), *Behavioral and directive strategies.* Nueva York: Garland.
McLean, P. D. y Hakstian, A. R. (1979). Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 818-836.
McLean, P. D. y Hakstian, A. R. (1990). Relative endurance of unipolar depression treatment effects: Longitudinal follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 482-488.
Meichenbaum, D. y Turk, D. (1976). *The cognitive-behavioral management of anxiety, depression, and pain.* Nueva York: Brunner/Mazel.
Mills, M., Puckering, C., Pound, A. y Cox, A. (1985). What is it about depressed mothers that influences their children's functioning? En J. E. Stevenson (dir.), *Recent research in developmental psychopathology.* Oxford, Inglaterra: Pergamon.
Muñoz, R. F. y Ying, Y. W. (dirs.) (1993). *The prevention of depression: Research and practice.* Baltimore, Md: The Johns Hopkins University Press.
Muñoz, R. F., Ying, Y. W., Armas, R., Chan, F. y Guzza, R. (1987). The San Francisco Depression Prevention Project: A randomized trial with medical outpatients. En R. F. Muñoz (dir.), *Depression prevention: Research directions.* Washington D.C.: Hemisphere.
Muñoz, R. F., Ying, Y. W., Bernal, G., Pérez-Stable, E. J., Sorensen, J. L. y Hargreaves, W. A. (1988). *The prevention of clinical depression: A randomized controlled trial.* Manuscrito sin publicar, Universidad de California, San Francisco.
Nezu, A. M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 196-202.
Nezu, A. M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review, 7,* 121-144.
Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines.* Nueva York: Wiley.
Nezu, A. M. y Perri, M. G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 408-413.
Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression.* Stanford, Ca: Stanford University Press.
Novaco, R. W. (1977). Stress inoculation: A cognitive therapy for anger and its application to a case of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45,* 600-608.
O'Leary, K. D. y Beach, S. R. H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression. *American Journal of Psychiatry, 147,* 183-186.

O'Leary, K. D., Risso, L. P. y Beach, S. R. H. (1990). Attributions about the marital discord/depression link and therapy outcome. *Behavior Therapy, 21,* 413-422.
Radloff, L. S. (1977). The *CES-D Scale*: A new self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1,* 385-401.
Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy, 8,* 787-804.
Rehm, L. P. (1987). The measurement of behavioral aspects of depression. En A. J. Marsella, R. M. A. Hirschfeld y M. M. Katz (dirs.), *The measurement of depression.* Chichester: Wiley.
Rehm, L. P. (1990). Cognitive and behavioral theories. En B. B. Wolman y G. Stricker (dirs.), *Depressive disorders: Facts, theories, and treatment methods.* Nueva York: Wiley.
Rehm, L. P., Fuchs, C. Z., Roth, D. M., Kornblith, S. J. y Romano, J. M. (1979). A comparison of self-control and assertion skills treatments of depression. *Behavior Therapy, 10,* 429-442.
Roberts, R. E. (1987). Epidemiologic issues in measuring preventative effects. En R. F. Muñoz (dir.), *Depression prevention: Research directions.* Washington, D.C.: Hemisphere.
Robin, A. L. (1979). Problem-solving communication training: A behavioral approach to the treatment of parent-adolescent conflict. *American Journal of Family Therapy, 7,* 69-82.
Robin, A. L. y Foster, S. L. (1989). *Negotiating parent-adolescent conflict: A behavioral family systems approach.* Nueva York: Guilford.
Robin, A. L., Kent, R. N., O'Leary, K. D., Foster, S. y Prinz, R. J. (1977). An approach to teaching parents and adolescents problem solving skills: A preliminary report. *Behavior Therapy, 8,* 639-643.
Robin, A. L. y Weiss, J. G. (1980). Criterion-related validity of behavioural and self-report measures of problem-solving communication skills in distressed and nondistressed parent-adolescent dyads. *Behavioural Assessment, 2,* 339-352.
Rohde, P., Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 214-222.
Rosen, G. M. (1977). *The relaxation response.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
Roth, D., Bielski, R., Jones, J., Parker, W. y Osborn, G. (1982). A comparison of self-control therapy and combined self-control therapy and antidepressant medication in the treatment of depression. *Behavior Therapy, 13,* 133-144.
Rude, S. S. y Rehm, L. P. (1991). Response to treatments for depression: The role of initial status on targeted cognitive and behavioral skills. *Clinical Psychology Review, 11,* 493-514.
Ruscher, S. M. y Gotlib, I. H. (1988). Marital interaction patterns of couples with and without a depressed partner. *Behavior Therapy, 19,* 455-470.
Sánchez, V. C., Lewinsohn, P. M. y Larson, D. W. (1980). Assertion training: Effectiveness in the treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology, 36,* 526-529.
Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior.* Nueva York: Free Press.
Steinberg, L. y Silverberg, S. (1986). The vicissitudes of autonomy in adolescence. *Child Development, 57,* 841-851.
Steinmetz, J. L., Lewinsohn, P. M. y Antonuccio, D. O. (1983). Prediction of individual outcome in a group intervention for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 331-337.
Steuer, J. L. y Hammen, C. L. (1983). Cognitive-behavioral group therapy for the depressed elderly: Issues and adaptations. *Cognitive Therapy and Research, 7,* 285-296.

Teri, L., Curtis, J. y Gallagher-Thompson, D. (1991, noviembre). *Cognitive-behavior therapy with depressed older adults*. Comunicación presentada en el National Institute of Mental Health Consensus Development Conference on the Diagnosis & Treatment of Depression in Late Life.
Teri, L. y Gallagher-Thompson, D. (1991). Cognitive-behavioral interventions for treatment of depression in Alzheimer's patients. *Gerontologist, 31*, 413-416.
Teri, L. y Lewinsohn, P. M. (1982). Modification of the pleasant and unpleasant events schedules for use with the elderly. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 444-445.
Teri, L. y Logsdon, R. G. (1991). *Identifying pleasant activities for individuals with Alzheimer's disease: The pleasant events schedule-AD*. Sin publicar.
Teri, L. y Uomoto, J. (1986). *Alzheimer's disease: Teaching the caregiver behavioral strategies*. Presentado en la reunión anual de la American Psychological Association.
Thompson, L. W., Gallagher, D., Nies, G. y Epstein, D. (1983, noviembre). *Cognitive-behavioral vs. other treatments of depressed alcoholics and inpatients*. Comunicación presentada en la 17 Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, D.C.
Thoresen, C. E. y Mahoney, M. J. (1974). *Behavioral self-control*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
Waller, M. y Griffin, M. (1984). Group therapy for depressed elders. *Geriatric Nursing, 7*, 309-311.
Watson, D. L. y Tharp, R. G. (1972). *Self-directed behavior: Self-modification for personal adjustment*. Belmont, Ca: Wadsworth.
Weiss, R. L., Hops, H. y Patterson, G. R. (1973). A framework for conceptualizing marital conflict, a technology for altering it, some data for evaluating it. En L. A. Hamerlynck, L. C. Handy y E. J. Mash (dirs.), *Behavior change: Methodology, concepts, and practice*. Champaign, Il: Research.
Weissman, M. M., Leaf, P. J., Holzer, C. E., Myers, J. K. y Tischler, G. L. (1984). The epidemiology of depression: An update on sex differences in rates. *Journal of Affective Disorders, 7*, 179-188.
Weissman, M. M. y Paykel, E. S. (1974). *The depressed woman: A study of social relationships*. Chicago: University of Chicago Press.
Weissman, M. M., Prusoff, B. A. y Thompson, W. E. (1978). Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 166*, 317-326.
Williams, J. G., Barlow, D. H. y Agras, W. S. (1972). Behavioral measurement of severe depression. *Archives of General Psychiatry, 27*, 330-333.
Wilson, P. H. (1982). Combined pharmacological and behavioral treatment of depression. *Behavior Research and Therapy, 20*, 173-184.
Yost, E., Beutler, L., Corbishley, M. A. y Allender, J. (1986). *Group cognitive therapy: A treatment approach for depressed older adults*. Nueva York: Pergamon Press.
Youngren, M. A. y Lewinsohn, P. M. (1980). The functional relationship between depression and problematic behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 89*, 333-341.
Youngren, M. A., Zeiss, A. M. y Lewinsohn, P. M. (1977). *Interpersonal events schedule*. Mimeografiado sin publicar, Universidad de Oregón.
Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M. y Muñoz, R. F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal, cognitive, and pleasant events focused treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 427-439.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

Gotlib, I. H. y Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. Nueva York: Wiley.
Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A. y Zeiss, A. M. (1986). *Control your depression*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D., Steinmetz, J. y Teri, L. (1984). *The coping with depression course*. Eugene, Or: Castalia.
Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M. y Hops, H. (1990). *Adolescent coping with depression course*. Eugene, Or: Castalia.
Hautzinger, M., Stark, W., y Treiber, R. (1992). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (2ª edición). Weinheim, Alemania: Psychologie Verlags Union.
Gotlib, I. H. y Colby, C. A. (1987). *Treatment of depression: An interpersonal systems approach*. Nueva York: Pergamon.

4

PACIENTE SUICIDA

STEVEN E. HYMAN

I. Alcance del problema. Se estima que el índice actual de suicidio en Estados Unidos es del orden del 12 por 100.000 personas y año, cifra que se descompone en un 18/100.000 para los hombres y 5.4/100.000 para las mujeres. En conjunto, el suicidio es la octava causa de muerte en Estados Unidos. El suicidio es particularmente trágico porque constituye una de las principales causas de muerte en los grupos de menor edad (de hecho, la media de edad de los suicidas ha disminuido en los últimos años) y porque es casi completamente prevenible. El suicidio crea, además, un profundo malestar entre los amigos y familiares de la víctima.

II. Problemas de predicción. La valoración del riesgo de suicidio es una de las tareas más importantes y difíciles de la psiquiatría de urgencias. Como el suicidio suele ser prevenible, es obvia la importancia de una buena predicción y una intervención adecuada. Con una intervención correcta, la mayoría de los pacientes suicidas cambian de opinión y se replantean el suicidio. Sin embargo, la tarea de realizar una predicción adecuada es difícil incluso entre los pacientes que expresan al médico una intención suicida vaga o firme. Aunque son útiles para estimar el grado de peligro del paciente, los factores de riesgo de suicidio demográficos y personales (enumerados más adelante) están lejos de ser predictores infalibles. Ningún factor o combinación de factores de riesgo tienen una especificidad o sensibilidad suficiente para seleccionar a los pacientes con ideación suicida que van a intentar posteriormente el suicidio. Una buena predicción exige la valoración por parte del médico del grado de intención suicida actual del paciente, proyectando esta estimación al futuro inmediato. Además, el médico debe juzgar la calidad de los controles, tanto internos como ambientales, de que dispone el paciente para contrarrestar el intento suicida. En esta tarea, los factores de riesgo objetivo pueden desempeñar un importante papel, pero sigue siendo mucho más importante la capacidad del médico para conocer las ideas y sentimientos del paciente y formular un buen juicio clínico.

III. Dificultades relativas al médico. La tarea de evaluar a pacientes suicidas se complica por el hecho de que estos pacientes suscitan a menudo intensos sentimientos en el médico examinador. El paciente suicida puede provocar gran an-

siedad en el médico, que es consciente de que un error de enfoque puede tener catastróficas consecuencias. Además, algunos pacientes, como los que tienen una historia de múltiples iniciativas suicidas, pueden suscitar cólera en el médico, haciendo difícil la evaluación objetiva o bien propiciando intervenciones más punitivas que terapéuticas. Quizá son más problemáticos aquellos pacientes que agradan al médico, o aquellos con los que éste se identifica. En estos pacientes, el médico puede estar tentado a negar un grave riesgo de suicidio, dándoles la seguridad (ficticia) de que «todo va a ir bien», o a no hablar con el paciente sobre sus sentimientos suicidas. Este enfoque hace muy difícil que la paciente exprese por completo sus sentimientos e impide realizar una evaluación y disposición correctas. Una evaluación adecuada del paciente suicida exige al médico conciencia de sus propios sentimientos y no dejar que éstos interfieran en su labor clínica.

IV. Pacientes que necesitan evaluación relativa a suicidio.

A. A todos los pacientes con trastornos psiquiátricos mayores hay que interrogarles acerca de la ideación suicida. En particular hay que evaluar con muchísimo detenimiento a los pacientes depresivos. Aunque la gran mayoría de casos de suicidio se suelen dar en pacientes con trastornos psiquiátricos, como depresión, alcoholismo o esquizofrenia, hay que considerar el riesgo de suicidio también en otro tipo de pacientes. Otros estados potencialmente inductores del suicidio son:

1. Delirium, como *delirium tremens*, o estados tóxicos, como intoxicación por LSD o PCP (fenciclidina), en los que los individuos pueden responder a alucinaciones o ideas delirantes que incitan a un suicidio inadvertido.
2. Desmoralización, enfermedad terminal o dolor crónico, incluso a falta de depresión diagnosticable.

B. Tipos de pacientes. La cuestión del potencial suicida se plantea de diferente forma en función de la situación del paciente. Por lo general, el médico se enfrenta a los siguientes tipos de pacientes suicidas:

1. Pacientes que han sobrevivido a un intento de suicidio.
2. Pacientes que se presentan con la queja de ideas o impulsos suicidas.
3. Pacientes que vienen con otras parejas, pero admiten el potencial suicida en el curso de la evaluación.
4. Pacientes que niegan el potencial suicida, pero se comportan de tal modo que lo muestran. Estos pacientes suelen venir acompañados a urgencias por amigos o familiares.

C. Recomendaciones generales.

1. Tomar en serio todas las amenazas de suicidio, aun si parecen ser manipuladoras.
2. Interrogar sobre el suicidio a cualquier paciente que dé una impresión de desesperanza. Los pacientes que opinan que sus problemas no tienen solución presentan un elevado riesgo de suicidio.
3. A los pacientes con historia de frecuentes accidentes debe preguntárseles acerca de problemas vitales, consumo de alcohol o drogas, depresión y sentimientos de autodestrucción.
4. Debe interrogarse sobre posibles ideas suicidas a los pacientes que han estado deprimidos y mejoran súbitamente. La mejoría aparentemente inexplicable puede deberse a que el paciente ha resuelto todos sus problemas decidiendo suicidarse.
5. Si un paciente se niega a hablar sobre suicidio, debe preguntarse a amigos y familiares acerca de la conducta del paciente.
6. Si un paciente potencialmente autodestructivo desea abandonar la sala de urgencias antes de la evaluación, hay que retenerle hasta realizar

la evaluación. Hay que documentar con cuidado todos los datos, así como el razonamiento clínico.

V. Entrevista al paciente suicida.

A. Enfoque general.

1. El suicidio es una cuestión totalmente personal. Por ello, hay que abordar al paciente de forma empática y, al principio, circunspecta. El médico debe permanecer tranquilo y activo. Ha de establecerse cierto grado de relación comunicativa antes de pasar a formular preguntas directas acerca del suicidio. Conviene pasar de las preguntas más generales a las específicas. Por ejemplo, puede abordarse la cuestión del potencial suicida en el contexto de las preguntas acerca de si se siente mal o desesperado. Puede preguntarse entonces al paciente: «¿Se siente usted tan mal que en ocasiones preferiría no seguir viviendo?» Esta pregunta puede ir seguida de «¿Le han ido tan mal las cosas que haya llegado a pensar en causarse daño?».
2. Aunque a menudo es útil obtener información de la familia o amigos, el paciente puede tener dificultad en divulgar sus ideas y motivos suicidas, a menos que se le dé la oportunidad de hablar a solas con el médico.
3. Preguntar a un paciente sobre el suicidio no le da la idea de suicidarse. Es erróneo evitar el tema por temor a que se suicide. De hecho, los pacientes verdaderamente suicidas a menudo se sienten aliviados cuando se les pregunta sobre el particular.
4. No debe intentarse disuadir al paciente de sus intenciones suicidas. El paciente puede percibir una seguridad prematura o inapropiada como una falta de empatía o falta de autorización a hablar. Debe escucharse y evaluar, y luego adoptar una decisión de tratamiento.

B. Metas de la evaluación por suicidio.

1. Debe evaluarse al paciente sobre:
   a. Pensamiento suicida (ideas, deseos, motivos).
   b. Intención suicida (es decir, grado en que el paciente pretende llevar a cabo sus ideas suicidas).
   c. Planes suicidas.
      (1) ¿Tiene un plan detallado?
      (2) ¿Tiene el paciente los medios planeados para suicidarse (p. ej., píldoras o una pistola) y sabe utilizarlos?
      (3) ¿Son potencialmente letales estos medios?
      (4) ¿Ha previsto algo al paciente para ser salvado?
   d. Orientación futura, si la hay. Si el paciente tiene planes de futuro, ¿son realistas? ¿Ha puesto recientemente en orden sus asuntos?
   e. Estado mental relevante. ¿Está el paciente deprimido, desmoralizado, desesperado, psicótico o intoxicado?
2. Establecer una relación comunicativa suficiente con el paciente con el fin de que no retenga información y no se resista a la eventual intervención del médico.
3. Determinar los factores de riesgo de suicidio personales y demográficos.

VI. Factores de riesgo de suicidio personales y demográficos (tabla 4-1).

A. Trastorno psiquiátrico. Más del 90% de los pacientes que intentan suicidarse muestran un trastorno psiquiátrico mayor.

1. La depresión es, con mucho, el diagnóstico más común asociado al suicidio. El 50% de los suicidas tienen la depresión como diagnóstico

Tabla 4-1. Factores de riesgo de suicidio

Depresión mayor
Alcoholismo
Historia de intentos y amenazas de suicidio
Sexo masculino
Edad avanzada (en los hombres, la incidencia máxima es a los 75 años, y en las mujeres, entre los 55 y los 65)
Soltero o viudo
Desempleado y sin cualificar
Enfermedad o dolor crónicos
Enfermedad terminal
Aislamiento en casa

primario y el 15% de los pacientes con trastornos afectivos recurrentes mueren eventualmente por suicidio. Si el paciente deprimido experimenta, además, síntomas psicóticos, aumenta notablemente el riesgo de suicidio.

2. El alcoholismo y la drogodependencia aumenta el riesgo. El alcoholismo es el diagnóstico primario en el 25% de los suicidas. El consumo de alcohol y de drogas puede ser un factor importante de riesgo entre la gente joven. Además, el consumo agudo del alcohol y fármacos puede desinhibir a los pacientes depresivos o con disforia crónica, facilitando así el intento de suicidio.
3. En las mujeres, los trastornos psiquiátricos del posparto están asociados a un riesgo de suicidio algo superior. Estos representan probablemente variantes de trastornos afectivos mayores.
4. Las psicosis generan un riesgo de suicidio en determinadas situaciones:
   a. Si los síntomas incluyen paranoia o alucinaciones de mandatos que instan a la autodestrucción.
   b. Los pacientes depresivos con delirios son los de máximo riesgo.
   c. Si un paciente es esquizofrénico. El 10% de los pacientes esquizofrénicos mueren por suicidio. Los pacientes esquizofrénicos que se suicidan no encajan en el perfil demográfico habitual del riesgo de suicidio. Tienden a ser hombres jóvenes y a menudo no comunican directamente su intención suicida (Breier y Astrachan, 1984). Por ello, con los pacientes esquizofrénicos a menudo es necesario una minuciosa evaluación clínica de la ideación suicida.

B. Historia de intentos y amenazas.
1. Una historia de amenazas e intentos de suicidio es un sólido factor de riesgo, con un peso aun mayor que el diagnóstico psiquiátrico. Los pacientes con anterior historia de intentos de suicidio tienen un riesgo de nuevo intento de cinco a seis veces superior. Entre la cuarta parte y la mitad de las víctimas de suicidio consumado han realizado un intento previo.
2. El riesgo de segundo intento es mayor dentro de los 3 primeros meses después del primero, pero incluso después de un tiempo el riesgo es ligeramente mayor.
3. Incluso los pacientes que realizan intentos suicidas crónicos y manipuladores a menudo consuman el suicidio. Dada la enfática manera en la que demandan repetidamente atención y cuidado médico, estos pacientes son poco gratos. No obstante, el médico debe evaluar completamente a estos pacientes cuando acuden a la unidad de urgencias. Si ya están en tratamiento con un profesional de la salud mental,

es muy aconsejable reunirse con este médico antes de adoptar alguna sobre su disposición. Cuando se tiene duda sobre estos pacientes, es mejor pecar por el lado conservador e ingresarles al menos un breve período de tiempo en el hospital.

C. Edad.
   1. El suicidio es poco común (pero va en aumento) antes de la adolescencia. La tasa de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes ha aumentado notablemente en los últimos años.
   2. En los hombres, la frecuencia aumenta con la edad, alcanzando su punto máximo a los 75 años.
   3. En las mujeres, la edad de mayor incidencia de intentos de suicidio está entre los 55 y 65 años.

D. Sexo.
   1. Las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia tres o cuatro veces superior que los hombres.
   2. Los hombres consuman el suicidio con una frecuencia de dos a tres veces mayor que las mujeres.

E. Factores sociales.
   1. El estado civil incide en el suicidio del siguiente modo: los que no se han casado nunca tienen un mayor riesgo, seguidos en orden descendente por los viudos, separados o divorciados, los casados sin hijos y los casados con hijos.
   2. Los pacientes que viven solos y aquellos que han perdido a un ser querido o fracasado en una relación amorosa dentro del último año tienen mayor riesgo.
   3. Los habitantes de ciudad presentan mayor riesgo que los de las poblaciones rurales.

F. Factores ocupacionales.
   1. Los desempleados y trabajadores no cualificados muestran mayor riesgo que los empleados y los trabajadores con cualificación.
   2. Entre las profesiones, hay un mayor riesgo de suicidio en los policías, músicos, agentes de seguros, abogados, dentistas y médicos (especialmente oftalmólogos, anestesiólogos y psiquiatras).
   3. La sensación de fracaso en el propio *rol* social es un factor de riesgo (p. ej., alguien que ha sido degradado o un padre que cree que ha fracasado en este papel).

G. Factores sanitarios. Cerca de la mitad de los pacientes que intentan suicidarse sufren una enfermedad física. El riesgo aumenta especialmente con:
   1. Dolor crónico.
   2. Operación reciente.
   3. Enfermedad crónica.
   4. Enfermedad terminal, por ejemplo, SIDA o cáncer.

H. Historiaa familiar.
   1. Los pacientes con una historia familiar positiva de suicidio e intentos de suicidio tienen más probabilidades de realizar intentos. Este mayor riesgo es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Puede haber riesgos genéticos independientes de suicidio, o bien una historia familiar puede crear una sensación de autorización al suicidio de cualquiera de sus componentes.
   2. Una historia familiar positiva de trastornos afectivos es útil en el diagnóstico de un trastorno afectivo subyacente en un paciente suicida.

I. El acceso a medios letales puede ser un factor de riesgo independiente de suicidio. En particular, parece que la presencia de armas de fuego en el hogar representa un mayor riesgo (Kellermann y cols., 1992).

VII. Evaluación de intento suicida. Algunos de los individuos que han de ser evaluados por riesgo suicida son pacientes que ya han realizado un intento frustrado. El juzgar su riesgo inmediato y llegar a una conclusión sobre su emplazamiento exigen una valoración de su estabilidad médica, la gravedad del intento y las circunstancias en las que ocurrió. Los factores psiquiátricos que hay que considerar son:

A. ¿Era peligroso el método utilizado?
B. ¿Creía el paciente que iba a funcionar el método elegido? Es útil preguntarle si está o no sorprendido de haber sobrevivido.
C. ¿Realizó el paciente el intento de una forma tal que tenía probabilidades de ser descubierto?
D. ¿Se sintió aliviado al ser salvado?
E. ¿Intentaba transmitir un mensaje o sólo quería morir?
F. ¿Fue impulsivo o planeado el intento?
G. ¿Han cambiado las circunstancias psicológicas y vitales que determinaron el intento?

VIII. Elección del tratamiento y disposición.

A. La disposición elegida dependerá de la impresión general del médico acerca del riesgo de suicidio real del paciente en un futuro próximo, de la necesidad de tratamiento de su enfermedad psiquiátrica subyacente y, si ha realizado el intento, de la estabilidad médica del paciente. El riesgo inmediato de suicidio y el de empeorar las probabilidades de cometerlo en un futuro próximo deben ser juzgados a partir de la evaluación. El juicio se basará en lo siguiente:
   1. El grado de deseo de suicidarse del paciente.
   2. La fuerza de voluntad del paciente para combatir sus impulsos suicidas. Por ejemplo, si el paciente es psicótico o extremadamente impulsivo de acuerdo con su historia, debe suponerse que no tiene controles efectivos sobre el suicidio.
   3. La calidad de los controles exteriores de que dispone el paciente. Por ejemplo, en el paciente ligeramente suicida, ¿tiene familiares que vayan a cuidarle y vigilar si toma la medicación? Si el paciente es extremadamente suicida o no tiene controles interiores útiles sobre el deseo suicida, el médico tendrá que asegurar la provisión de los controles exteriores adecuados. Los controles más fuertes de este tipo son los que proporcionan un pabellón psiquiátrico cerrado.
   4. Por último, el médico debe preguntarse si el riesgo de suicidio del paciente tiene probabilidades de aumentar en un futuro inmediato. Lo más importante aquí es el conocimiento de la historia natural de la enfermedad psiquiátrica del paciente y de la probabilidad de que sea efectivo el tratamiento, así como el conocimiento de los factores de riesgo personales y demográficos para cometer el suicidio.

B. Las disposiciones posibles, por orden de restrictividad, son:
   1. Enviar al paciente a casa, con seguimiento ambulatorio.
   2. Ingreso en un hospital general. Esto puede ser preciso si el paciente es médicamente inestable después de un intento. Si se ingresa al paciente en una unidad médica o quirúrgica, será preciso realizar una consulta psiquiátrica simultánea.
   3. Ingreso en una unidad psiquiátrica abierta.
   4. Ingreso voluntario en una unidad psiquiátrica cerrada.
   5. Hospitalización involuntaria.

C. Elección de una disposición.
   1. El potencial suicida tiene implicaciones legales. La estrategia del médico debe estar documentada. Si el médico no está seguro de qué hacer después de efectuada la evaluación, lo idóneo es realizar una con-

sulta psiquiátrica, si ello es posible. Los pacientes que se consideran que tienen elevado riesgo suicida, pero que rechazan el tratamiento, precisan hospitalización involuntaria. En un caso así, el médico tendrá que realizar la solicitud de acuerdo con las leyes locales.

2. Los pacientes que no entrañan un grave riesgo suicida y presentan un bajo riesgo de empeorar de forma inminente pueden ser enviados a su casa. Sin embargo, resulta crucial que se adopten medidas de seguimiento realistas. No debe enviarse a casa a un paciente que va a estar solo en ella. Los pacientes que son enviados a su casa deben disponer de un número de teléfono de urgencia para llamar si sus sentimientos suicidas se intensifican.
3. A los pacientes suicidas hay que pedirles que retiren de su casa todas las armas de fuego, medicamentos letales u otros medios de suicidio que haya contemplado el paciente.
4. Los individuos crónicamente suicidas necesitan una relación a largo plazo con un médico o institución que les conozca. Una relación prolongada permitirá decidir al médico cuándo es precisa la hospitalización restrictiva y cuándo bastan otras intervenciones.
5. Con los pacientes de alto riesgo de suicidio deben elegirse formas de tratamiento progresivamente restrictivas. La hospitalización sirve tanto para prevenir el suicidio como para permitir un tratamiento más agresivo de la enfermedad psiquiátrica del paciente. Es preferible que el paciente esté voluntariamente de acuerdo con la hospitalización.
   a. Si ya ha realizado un intento de suicidio, está indicado al menos una breve estancia hospitalaria, a menos que el intento fuese de bajo riesgo y el paciente tenga ya un médico que esté de acuerdo en tratarle y concuerde en que no es preciso el ingreso. Si se ha realizado un intento serio, es preciso un tratamiento en régimen interno, a ser posible en un pabellón cerrado.
   b. Los pacientes gravemente deprimidos deben ser hospitalizados, sobre todo si empeora su enfermedad.
   c. Los pacientes intoxicados deben ser ingresados hasta que desaparezca la intoxicación, para ser reevaluados a continuación.
   d. Los pacientes psicóticos con ideación suicida deben ser hospitalizados, habitualmente en un pabellón cerrado.
   e. Los pacientes en altísimo riesgo deben ser mantenidos lejos de todo aquello que pudieran utilizar para lesionarse (p. ej., cristales, ventanas, fuegos), mientras se dispone su traslado a un pabellón psiquiátrico cerrado.

BIBLIOGRAFÍA

Breier, A., and Astrachan, B. M. Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *Am. J. Psychiatry* 141:206, 1984

Fowler, C. F., Rich, C. L., and Young, D. San Diego Suicide Study II. Substance abuse on young cases. *Arch. Gen. Psychiatry* 43:962, 1986.

Kellermann, A. L., Rivara, F. P., Somes, G., et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *N. Engl. J. Med.* 327:467, 1992.

Marzuk, P. M., Leon, A. C., Tardiff, K., et al. The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates. *Arch. Gen. Psychiatry* 49:451, 1992.

Murphy, G. E. On suicide prediction and prevention. *Arch. Gen. Psychiatry* 40:343, 1983.

5

Evaluación del Riesgo de Suicidio

Hernán Martínez Glattli*

Definición de Suicidio, Intento de Suicidio y Riesgo Suicida

Según la Organización Mundial de la Salud , "el **suicidio** es un acto deliberadamente iniciado y llevado a cabo por un individuo con el conocimiento o la expectativa de que su resultado va a ser la muerte". Un **intento suicida**, en cambio, puede tener o no a la muerte como el fin buscado. El **riesgo suicida** es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse. Este último es valorado por medio de factores epidemiológicos, de antecedentes personales y del estado mental y de los estresantes actuales a los que está sometido el individuo.

Epidemiología General

En el mundo hay 800.000 suicidios por año, y corresponden al 1.6 % de todas las muertes. Hay muchos más suicidios pero no son registrados por cuestiones culturales, religiosas u otras, y muchos otros son computados como accidentes. En muchos países el suicidio es una de las principales causas de muerte.[i] En Argentina habría entre 6 y 12 suicidios consumados cada 100.000 habitantes por año.[ii] Además, de cada 100.000 personas que viven en la Ciudad de Buenos Aires, 11 se suicidan cada año. Por otro lado, se considera que hay 23 intentos suicidas por cada suicidio consumado (tasa de intentos suicidas: 100 a 300 cada 100.000 habitantes por año).

* Médico Psiquiatra. Docente de la Cátedra de Psicofarmacología. Facultad de Psicología. UBA. Ex Jefe de Interconsultas y Urgencias de Psicopatología de Clínica y Maternidad Suizo Argentina

Generalidades

¿Por qué se ocupan los psicólogos y psiquiatras de la atención de los pacientes suicidas?
Porque por lo menos el 95% de las personas que se suicidan tienen diagnóstico de patología psiquiátrica. Y, además, porque se acepta que los intentos suicidas surgen ante un sufrimiento psíquico que sobrepasa el umbral de tolerancia del sujeto.
El suicidio es un desenlace posible y frecuente de muchas enfermedades mentales. Cuando un paciente en tratamiento psiquiátrico se quita la vida, provoca en el psicólogo o médico tratante un fuerte impacto emocional.

> un mal diagnóstico aumenta el riesgo de muerte por suicidio

Esto ocurre así porque pueden no tomarse las medidas adecuadas para el cuidado y el tratamiento que el paciente requiere.

Detección de personas con tendencias suicidas

Esquemáticamente, lo primero que debemos hacer para poder detectarlas, es pensar que hay personas que preferirían morir antes que seguir viviendo y que algunas de ellas podrían llegar a quitarse la vida. Debemos considerar esto ante cada uno de los pacientes que atendemos. Podemos dar con pacientes con riesgo suicida entre los que acaban de intentar matarse; entre los que consultan porque tienen ideas o impulsos de suicidarse; entre los que tienen conductas suicidas o entre los pacientes que consultan por cualquier otra molestia. Entonces, si detectamos en el paciente ideas o conductas suicidas, debemos evaluar si su posible riesgo de muerte es mayor que el de la población general. También debemos valo-

rar la intención suicida actual así como observar sus controles internos y ambientales. Y, finalmente, si está en riesgo, instaurar las medidas de prevención y de tratamiento adecuadas.

¿Es posible evitar que se suicide una persona que quiere matarse?

Es difícil dar una respuesta. Es necesario que el profesional tenga conocimientos técnicos suficientes como para diagnosticar el riesgo de manera precoz. Que pueda tomar las precauciones para asegurar la vida del paciente, y que pueda hacer un tratamiento adecuado. Aún así, el paciente puede suicidarse

Evaluación del Riesgo de Suicidio

A) ¿SE PUEDE EVALUAR EL RIESGO SUICIDA?
B) FACTORES ESTADÍSTICOS DE RIESGO SUICIDA
C) EXPLORACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

A) ¿Se puede evaluar el riesgo suicida?

Ante los pacientes con posible riesgo de quitarse la vida, es difícil llegar a conclusiones exactas y seguras sobre quién va a intentar un suicidio y quién no lo va a hacer, y cuando es inminente el acto suicida. Las **escalas** de valoración del riesgo suicida permiten determinar si un paciente está dentro de una población de riesgo o no. Hay que tener en cuenta que los factores que se evalúan en las escalas pueden variar con el tiempo y que por sí solos no indican la inminencia del suicidio.

Una de las escalas más utilizadas y que es de fácil aplicación es llamada "SAD PERSONS scale", que permite una rápida mirada a los factores de riesgo más importantes y una aproximación a la conducta a seguir:

SAD PERSONS SCALE[1]

- **S**EX (SEXO): VARONES.
- **A**GE (EDAD): MENOS DE 19 O MÁS DE 45 AÑOS.
- **D**EPRESSION (DEPRESIÓN).
- **P**REVIOUS ATTEMPT (INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS).
- **E**THANOL ABUSE (ABUSO DE ALCOHOL)
- **R**ATIONAL THINKING LOSS (TRASTORNOS COGNITIVOS).
- **S**OCIAL SUPPORTS LACKING (BAJO SOPORTE SOCIAL).
- **O**RGANIZED PLAN (PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO).
- **N**O SPOUSE (SIN PAREJA ESTABLE).
- **S**ICKNESS (ENFERMEDAD SOMÁTICA).

POR CADA ÍTEM POSITIVO[1] QUE TIENE EL PACIENTE SE LE ASIGNA UN PUNTO. LA CONDUCTA SUGERIDA A SEGUIR CON EL PACIENTE SERÍA:

- 0-2 PUNTOS: ALTA CON SEGUIMIENTO AMBULATORIO.
- 3-4 PUNTOS: SEGUIMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO. CONSIDERAR INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA.
- 5-6 PUNTOS: SI NO HAY CONTROL FAMILIAR ESTRECHO DEBE INTERNARSE.
- 7-10 PUNTOS: INTERNACIÓN. RIESGO DE MUERTE INMINENTE.

[1] Tener en cuenta que por sí solos, los ítems sexo, edad, bajo soporte social y sin pareja estable no indican que el paciente tenga riesgo suicida. Se entiende que ante un paciente con riesgo suicida, estos ítems aumentan estadísticamente el riesgo.

Por otro lado, hay **criterios clínicos** para evaluar el riesgo suicida, que funcionan como una guía para la apreciación de las necesidades de tratamiento de los pacientes y auxilian a los psicólogos y psiquiatras en la elección de los caminos adecuados. Hay que recordar que no deben ser interpretados como reglas absolutas, y que es sumamente importante la experiencia del evaluador.
En términos generales, el examen clínico trata de determinar si el sufrimiento psíquico está en un nivel crítico y a punto de sobrepasar el nivel de tolerancia del individuo. Asimismo debe evaluar la inminencia del acto suicida, el que dependería tanto de la intención clara de matarse, como de querer morir en el acto suicida; de la falta de capacidad de dominio sobre sus propios impulsos y de no tener allegados que funcionen como contenciones externas a sus fuerzas suicidas. También tendría que manifestarse un estresante que desmejore el estado (físico, somático, socioeconómico, etc.) que tenía el sujeto.[iii]

B) Factores estadísticos de riesgo suicida

1. ***FACTORES DEMOGRÁFICO-SOCIALES DE RIESGO SUICIDA***
2. ***FACTORES PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS DE RIESGO SUICIDA***
3. ***RIESGO SUICIDA EN LAS ENFERMEDADES MÉDICAS NO PSIQUIÁTRICAS***
4. *FACTORES GENÉTICO-FAMILIARES DE RIESGO SUICIDA*
5. *RIESGO SUICIDA DADO POR LOS ANTECEDENTES DE INTENTOS SUICIDAS*

Los factores estadísticos de riesgo suicida definen a los grupos de riesgo, pero no predicen cuál persona se va suicidar y cuál no lo va a hacer.[iv]

1) Factores demográfico-sociales de riesgo suicida

- ***Sexo***: [i-ix-v-vi]

Por cada dos o cuatro hombres que se suicidan hay sólo una mujer que lo hace, y por cada hombre que hace una tentativa suicida hay cuatro mujeres que intentan hacerlo. Por lo tanto, si bien las mujeres hacen más intentos suicidas, los hombres mueren más frecuentemente por esta causa.
El suicidio en el hombre va aumentando en la adolescencia, asciende abruptamente en la temprana adultez y después sigue un gradual ascenso. En la mujer tiene su pico en la mitad de la vida y después declina.

- ***Edad***: [i--vi]

En términos generales se puede decir que a medida que aumenta la edad aumenta la letalidad de los intentos suicidas. Las personas ancianas pertenecen al grupo etario con tasas más elevadas de suicidios consumados. Contrariamente, los intentos suicidas disminuyen al aumentar la edad.

- ***Estado civil***: [i---]

El suicidio es más frecuente en las personas solteras, separadas y divorciadas o viudas. El estar casado y tener hijos hace menos proclive a las personas al suicidio, especialmente a las mujeres. Y, además, aumenta el riesgo de suicidio si la persona vive sola o si se separó recientemente de su pareja, más allá del estado civil que tenga.

- ***Nivel socioeconómico y ocupación***: [i---]

El suicidio y las tentativas suicidas son más frecuentes en los dos extremos sociales, con mayor riesgo en la clase más baja. También incrementa el riesgo un descenso en el nivel social y un período prolongado de falta de trabajo. Entre los profesionales, dentro de los grupos de mayor riesgo están los anestesistas y los psiquiatras (y esto está potenciado si son mujeres).

- ***Hábitat*** : [i---]

Hay más suicidios y tentativas de suicidio en las ciudades que en el medio rural. Dentro de las ciudades, las tasas de suicidio son mayores en los barrios más carenciados. Es probable que la sensación de falta de integración social, de falta de pertenencia a grupos políticos, religiosos, de trabajo, o familiares desempeñe un papel importante en la posibilidad de intentar suicidarse.

2) Factores psicológicos y psiquiátricos de riesgo suicida

- ***Factores psicológicos de riesgo suicida***

Muchas de las personas que intentan suicidarse tienen sentimientos de desesperanza y pesimismo, y una visión decepcionante del futuro. Su autoestima está disminuida y encuentran que el suicidio es un

camino válido para solucionar sus problemas, aunque niegan que estas ideas conlleven un riesgo para ellos. Son de pensamiento rígido y perfeccionista, con baja tolerancia a las frustraciones y con tendencia a la impulsividad y al enojo, lo que los lleva a aislarse socialmente..

- ***Factores psiquiátricos de riesgo suicida***

Los pacientes psiquiátricos son un grupo especialmente susceptible de presentar comportamientos suicidas. Se considera que es un porcentaje mínimo - sólo el 2% - el de las personas que se quitan la vida y que no padecen de ningún tipo de trastorno mental.[i-vi]

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)[vii], el porcentaje de enfermedades mentales que se encuentran en los suicidios consumados es el siguiente:

DE TODOS LOS SUICIDIOS CONSUMADOS, EL:
• 24% PRESENTA TRASTORNOS AFECTIVOS
• 22% TRASTORNOS NEURÓTICOS Y DE PERSONALIDAD
• 18% ABUSO DE SUSTANCIAS
• 10% ESQUIZOFRENIA
• 5% DELIRIUM Y DEMENCIA
• 21% OTROS TRASTORNOS MENTALES

FRECUENCIA DE SUICIDIOS EN LAS DISTINTAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

DE CADA 100 PACIENTES CON...	*MUEREN POR SUICIDIO*
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	10
DEPRESIÓN MAYOR	15
DEPRESIÓN MAYOR + SÍNTOMAS PSICÓTICOS	75
ALCOHOLISMO	10-15
ALCOHOLISMO + TRASTORNO ESTADO DE ÁNIMO	75
ESQUIZOFRENIA	10-15
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	17
TRAST. PERSONALIDAD BORDERLINE + ANTISOCIAL	13
TRASTORNO DE PÁNICO + T.P.BORDERLINE	25

Uno de cada 10 pacientes psiquiátricos muere por intento de suicidio a lo largo de la vida, mientras que el riesgo de la población general es de 1 suicidio cada 100 personas. La tasa media de suicidios de los pacientes psiquiátricos es de 167/100.000 por año.
El riesgo de suicidio está incrementado en prácticamente todos los trastornos psiquiátricos mayores y es mayor aún en el momento del alta de una internación psiquiátrica.

- ***TRASTORNOS AFECTIVOS***

Es el grupo de trastornos psiquiátricos más frecuentemente hallado entre las personas suicidas : uno de cada dos o cada cuatro suicidas tenían un trastorno afectivo.[vi-vii]
Presentan un riesgo de suicidio multiplicado por 40 con respecto a la población general.
Si a los trastornos afectivos se les agrega como comorbilidad un trastorno de la personalidad, el abuso de sustancias o un trastorno de ansiedad, la posibilidad de que realicen un intento suicida aumenta mucho más.
De cada 100 pacientes con depresión mayor, 15 mueren por suicidio. [i] El riesgo aumenta considerablemente cuantas más de las siguientes características presente el paciente :

1. sexo masculino ;
2. de edad media o avanzada ;
3. soltero, separado, divorciado o viudo ;
4. con historia reciente de una pérdida importante ;
5. depresión que cursa con síntomas psicóticos (aumenta el riesgo cinco veces) ;
6. aislado o con una menor integración social ;
7. con antecedentes familiares de suicidio.
8. con insomnio, ansiedad, pseudodemencia depresiva, desesperanza y anhedonia.

- ***ALCOHOLISMO***

El riesgo de muerte por suicidio a lo largo de la vida de un paciente con alcoholismo es de aproximadamente entre el 10 y el 15%.
De todos los alcohólicos que mueren, entre el 5 y el 27 % son por suicidio.
En general son personas solas o que sufrieron una pérdida interpersonal en el último mes y medio, o una ruptura de relación de pareja en el último año. Además, 75 de cada 100 alcohólicos con trastorno del estado del ánimo mueren por suicidio. Los

alcohólicos que tuvieron un intento de suicidio anteriormente o están en el primer año de post-internación, tienen un 40% de riesgo de morir por suicidio.
Los mecanismos por los que el consumo de alcohol pueden predisponer al suicidio son :

1. enturbiamiento o disminución del juicio ;
2. alteraciones agudas y crónicas del estado del ánimo ;
3. aumento de la impulsividad ;
4. exacerbación de la patología psíquica presente ;
5. alteración de las relaciones interpersonales.

Además, el alcohol está implicado en la cuarta o quinta parte del total de los suicidios.

- ***ESQUIZOFRENIA*** :

Entre el 10 y el 15% de los pacientes con este trastorno terminan su vida suicidándose, y de todas las muertes por suicidio, entre el 5 y el 10% son en pacientes esquizofrénicos .[vi]

Entre los pacientes con esquizofrenia el suicidio se da más frecuentemente en :

1. varones jóvenes (aproximadamente 31 años) ;
2. en los primeros años de la enfermedad ;
3. solteros y que viven solos ;
4. en internación o con alta reciente ;
5. con sintomatología depresiva, desesperanza o sensación de ineptitud ;
6. con educación universitaria.

- ***TRASTORNOS DE ANSIEDAD:***

De cada seis muertes en personas con trastornos de ansiedad, una es por suicidio (16,7%). El trastorno de pánico está relacionado con un aumento de la incidencia de suicidio.
Aumenta el riesgo de muerte para la persona si junto al trastorno de ansiedad se presentan:

1. Trastorno depresivo
2. Abuso de sustancias
3. Trastorno de la alimentación
4. Trastorno por estrés postraumático
5. Trastorno de la personalidad.[vi]

- ***TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD :***

Los trastornos de personalidad que presentan conductas de tipo suicidas más frecuentemente son los trastornos borderline y antisocial de la personalidad. Pero, lo más habitual es que estas conductas sean repetitivas y no sean fatales. Aún así, no hay que olvidar que el 10 % de todos los intentos suicidas terminan en muerte.

Por otro lado, la tercera parte de los adolescentes suicidas presenta un trastorno de personalidad.[vi]

- **DELIRIUM, DEMENCIA Y OTROS TRASTORNOS COGNITIVOS :**

Cuatro a cinco de cada 100 personas que se suicidan presentan delirium, demencia o algún otro trastorno cognitivo.[vi]

3) Riesgo suicida en las enfermedades médicas no psiquiátricas

Entre el 25 y el 75 % de los individuos que consuman el suicidio tienen alguna enfermedad médica, y el 5% una enfermedad terminal.[i] Estas cifras van aumentando junto con la edad. El hecho de tener mala salud en los últimos 6 meses también aumenta el riesgo.
Los diagnósticos más frecuentes son : enfermedad incapacitante crónica (insuficiencia renal que requiere diálisis) ; enfermedad terminal o diagnósticos que están relacionados con la idea de muerte a corto plazo (cáncer, SIDA) ; dolor crónico (neurálgia del trigémino, cefaleas incohercibles).
En la mayor parte (80%) de los pacientes con enfermedad somática que realizan intentos suicidas hay una comorbilidad con trastornos depresivos. Sin embargo, es frecuente que al haber dolor importante la depresión quede disimulada y no sea identificada.[i--vi]

4) Factores genético-familiares de riesgo suicida

El tener un familiar que murió por suicidio se asocia a un aumento considerable de la posibilidad de intentar suicidarse. Casi la mitad de los familiares de un suicida realizan un intento de suicidio en su vida. Esto es así más allá de que pueda ser debido a identificación con el familiar suicida o a una predisposición genética.[i--]

5) Riesgo suicida por antecedentes de intentos suicidas

El antecedente de haber intentado suicidarse es uno de los factores que aporta al paciente más riesgo de quitarse la vida. Se sabe que uno o dos de cada diez de estas personas van a morir por suicidio. Y que aportan a la totalidad de los suicidios la mitad de las muertes. Por lo cual hay que tener muy en cuenta a las personas que ya realizaron un

intento de suicidio por el alto riesgo que esto representa (100 veces más que la población general en el primer año).

C) Exploración clínica del paciente

1) Estudio de la ideación suicida

2) Examen del estado mental del paciente

3) Algunas ideas populares que pueden confundir al evaluador

1) ESTUDIO DE LA IDEACIÓN SUICIDA

A) ¿CUÁNDO EXPLORAR LAS IDEAS SUICIDAS?

I) Cuando se ha realizado un intento suicida;

II) Cuando se explicita una idea o una intención suicida;

III) Cuando se niega de una manera muy rígida y terminante, pero su conducta hace pensar que intentó quitarse la vida (intoxicación con sedantes "para dormir"; corte de muñecas "por accidente").

IV) Cuando tiene conductas sospechosas de ideación suicida (compra de un arma, una cuerda, o medicación en exceso; reparte sus pertenencias o escribe un nuevo testamento, etc.)

V) Cuando hay síntomas o signos de enfermedades psiquiátricas que predisponen al intento suicida (depresión, alcoholismo, etc.). Este tema se desarrolla en el examen del estado mental del paciente.

Hay algunas premisas básicas que se deben tener en cuenta ante una persona potencialmente suicida:

1. Nunca desentenderse de las manifestaciones suicidas.
2. No juzgar al paciente por que tenga deseos de morirse. De lo contrario no se sentirá entendido y no querrá seguir hablando de lo que le sucede.
3. No hay que temer a las ideas suicidas; la muerte es una posibilidad más dentro de los sucesos de la vida y querer morir es un síntoma de haber sido sobrepasado por las circunstancias.
4. No hay que enojarse con el paciente ya que él padece una enfermedad.
5. Preguntar francamente sobre las ideas suicidas. Las preguntas imprecisas tienen respuestas ambiguas.

B) EJEMPLOS DE PREGUNTAS Y TIPOS DE RESPUESTAS EN LA EXPLORACIÓN DE LA TRAMA SUICIDA

1) Preguntas sobre ideas suicidas:

- ¿Alguna vez tuvo la impresión de que las cosas no valen la pena?
- ¿Pensó alguna vez que la vida no vale la pena ser vivida?
- ¿Alguna vez se sintió tan mal que pensó que sería mejor estar muerto?
- ¿Pensó que sería mejor matarse antes que sentirse como se siente ahora?
- ¿Pensó alguna vez en matarse?

Si tiene ideas suicidas pasivas, que tienen que ver con desear no vivir, desear estar muerto, desear morir, pero no de matarse, podrá decir:

- "Ojalá me agarrara un infarto mientras estoy durmiendo".
- "Así no vale la pena vivir".
- "No me mataría, pero si Dios quisiera hacer que todo termine...".
- Si tiene ideas suicidas activas, que tienen que ver con querer o pensar en la posibilidad de matarse, las respuestas serán del tipo de:
- "Estuve pensando en matarme".
- "Pensé en matarme pero no quiero sufrir".

2) Preguntas sobre planes o métodos suicidas:

- ¿De qué manera se le ocurrió que podría matarse?
- ¿Se le ocurrieron otras formas de matarse?
- ¿Planeó cuándo lo iba a hacer?
- ¿De qué manera lo había planeado?
- Puede no haber pensado en algún método para matarse, pero si pensó en un método concreto para quitarse la vida, interrogar:

- ¿Puede describir el método?

Respuestas:

- "Pensé en tomarme todas las pastillas que tengo y acostarme en la cama a la mañana, cuando ya todos se hayan ido".

Preguntas:

- ¿Con qué frecuencia lo piensa?
- ¿Intentó llevarlo a la práctica?

Respuestas:

- "Estuve pensando en tirarme debajo de un tren. Fui varias veces hasta la estación y no me animé";

3) **Preguntas sobre el acceso que tiene a medios letales:**

- ¿Tiene con qué matarse?
- ¿Tiene acceso al método elegido?
- ¿Tiene un revolver en su casa?
- ¿Tiene medicación en su casa?
- ¿En qué piso vive?

Respuestas:

- "Fui a comprar una escopeta y la tengo cargada en el armario para cuando esté solo".
- "En realidad nunca tomé la medicación que me dió mi médico y la guardé para este momento".

4) **Investigación sobre los antecedentes de intentos suicidas:**

- ¿Alguna vez estuvo a punto de matarse y no pudo hacerlo o se arrepintió?
- ¿Intentó antes suicidarse?
- ¿Por qué intentó matarse antes? ¿Por las mismas razones que ahora?
- ¿Hubo cambios en el motivo por el que intentó matarse?

Respuesta:

- "Hace dos años cuando murió mi papá intenté matarme. Hace 3 días murió mi mamá y no lo soporto".

5) **Expectativas de futuro del paciente:**

- ¿Cree que puede intentar matarse en los días siguientes?
- ¿Por qué se quiere matar?
- ¿Qué motivos tiene para no matarse?
- ¿Tiene familia que sufriría si usted se mata?
- ¿Y ahora, qué va a hacer? ¿Cómo ve su futuro? ¿Tiene cosas pendientes que le interese terminar?

Respuestas:

- "¡No puedo controlar las ganas de matarme!".
- "Antes pensaba en lo mal que le hacía a mis hijos si me mataba. Ahora creo que ellos van a estar mejor si yo estoy muerta".
- "Ya no sé qué hacer. Mi vida está destrozada. Ya no me queda nada para hacer acá".
- "Ya me despedí de todos y regalé todo lo que tenía".

6) **Ideas suicidas junto con ideas delirantes o con un discurso incoherente. Hay que investigar si hay patología psiquiátrica:**

- ¿Hay alguna cosa que le haya parecido extraña?
- ¿Alguien le dijo que debía matarse?
- ¿Hay voces que le dicen que se mate?
- ¿Tiene alguna finalidad que usted se mate?
- ¿Qué pasaría si usted no se mata?
- ¿Está tomando alguna medicación?
- ¿Está en tratamiento médico o psiquiátrico?

Respuestas :

- "Tengo que tomar lavandina para purificarme y salvar al mundo".
- "¡Dejenmé! No ven que están viniendo. ¡Son del Infierno! ¡Salvajes! ¡Me tengo que escapar! ¡Suben! ¡Me tiro por la ventana!".

7) **Investigar si hay ideas homicidas junto a las ideas suicidas.**

- ¿Pensó en matarse junto con alguna otra persona?
- ¿Esta persona está de acuerdo en que ambos se maten?
- ¿Pensó en matar a alguien?

Respuestas:

- "Me voy a pegar un tiro. Pero no me voy a morir sólo: ella me va a acompañar".

C) ¿QUÉ ES IMPORTANTE SABER SOBRE UN PACIENTE QUE ACABA DE REALIZAR UN INTENTO DE SUICIDIO FRUSTRO, PARA EVALUAR SU RIESGO SUICIDA ACTUAL?

1) ¿El método con que intentó matarse era realmente letal (Tienen gran letalidad: arma de fuego, ahorcamiento, salto al vacío de un lugar elevado)? ¿Qué grado de letalidad le atribuye el paciente al método utilizado? (Puede creer que alguna medicación es letal aunque no lo sea).

2) ¿Está sorprendido de que el método no funcionara y que él esté vivo?
3) ¿El intento suicida tiene características tales como para que el paciente fuera encontrado rápidamente? (Por ejemplo: tomó las pastillas muy cerca de la hora en que volvía el esposo de trabajar).
4) ¿Cuál fue la reacción posterior? ¿Se sintió aliviado al ser salvado?
5) ¿Intentaba decir algo (que le prestaran atención, que le ofrecieran ayuda) con el acto suicida, o su intención era sólo morirse?
6) ¿Planeó el acto suicida o fue impulsivo?
7) ¿Hubo algún cambio en los determinantes o desencadenantes psicológicos o relacionales o socioeconómicos del intento de suicidio? ¿Hubo algún cambio en estos estresores o permanecen igual?

D) SUICIDIOS FRUSTRADOS Y PARASUICIDIOS

Dentro del total de las personas que sobreviven a un intento suicida hay dos poblaciones diferentes: los llamados parasuicidas y los suicidas frustrados.

Los parasuicidas son la mayoría y tienen características distintas de los que mueren por suicidio. Se ve en personas más jóvenes (la mitad es menor de 30 años), generalmente mujeres y con conflictos interpersonales. Manifiestan hostilidad y manipulación hacia los demás, generalmente no percibidas o no reconocidas por el paciente pero sí por la persona que los trata, y presentan mayor psicopatología del carácter (el 50 % tienen algún trastorno de la personalidad). Los trastornos del estado del ánimo se presentan en alta proporción (hasta en el 80% de los pacientes). Su accionar tiende a ser de tipo impulsivo (más de la mitad lo decide una hora antes de realizarlo). Tienden a estar en relación con otras personas más que al aislamiento. Sus intentos suicidas son de letalidad e intencionalidad bajas, y realizados en situaciones donde cuentan con mucha probabilidad de recibir ayuda. El 10 % de las personas que realizan un parasuicidio finalmente terminan muertos por suicidio.

Los pacientes que realizan un **intento de suicidio frustrado** tienen características similares a las personas que mueren por suicidio. Son generalmente varones y de mayor edad que los parasuicidas. Su tipo de conflicto es intrapersonal. Presentan mayor aislamiento que las personas del grupo anterior y tienen menor psicopatología del carácter. Planean sus actos suicidas, generalmente con métodos de alta letalidad. Tienen una alta intención de matarse en el intento, y cuando lo hacen, lo preparan de tal manera que es baja la probabilidad de que puedan recibir ayuda. Si estos pacientes vuelven a intentar suicidarse tienen altas chances de morir.

¿Para qué sirve diferenciar a estos dos grupos? Permite una aproximación a la idea del riesgo de morir que tiene una persona que pertenece a alguno de los dos grupos si intenta nuevamente un suicidio, lo que nos llevará a implementar terapéuticas distintas.

2) *EXAMEN DEL ESTADO MENTAL DEL PACIENTE*

Por medio de la semiología, vamos a evaluar si el paciente padece algún trastorno psiquiátrico que aumente el riesgo suicida. Los próximos párrafos estarán destinados a repasar las alteraciones de las funciones mentales que vemos habitualmente en la práctica clínica y los trastornos en los cuales suelen aparecer.

Semiológicamente debemos tomar en cuenta:

1) **El aspecto general del paciente** con la actividad motora, la marcha y la postura corporal, la vestimenta, el aseo y la expresión facial.
   A) En la depresión puede haber enlentecimiento psicomotriz, postura de hombros caídos, con falta de aseo personal, con expresión de tristeza en el rostro.
   B) En la demencia pueden estar sucios y abandonados.
   C) En la manía y en las intoxicaciones con alcohol y otras drogas, excitación psicomotriz
2) **El vínculo con el entrevistador**:
   A) Buena predisposición a la ayuda: colaborador, atento.
   B) Negativa a querer reconocer que intentó matarse: evasivo

C) Trastorno psicótico: actitud paranoide.
D) Trastorno de personalidad: pseudocolaborador.
E) Depresión, delirium o demencia: indiferente.
F) Intoxicación, delirium: agresivo.

3) **La lucidez de la conciencia**, que nos informa si está lúcido, obnubilado, confuso, estuporoso o en coma.
   A) En el delirium no tiene lucidez de la conciencia.
   B) En intoxicaciones puede no tener lucidez de la conciencia.
4) **La conciencia de situación y de enfermedad**
   A) En esquizofrenia, delirium, demencia, intoxicación: pueden tener ausencia de conciencia de situación y de enfermedad.
5) **La orientación autopsíquica y témporo - espacial**
   A) En demencia y delirium: desorientación.
6) **La atención**, que es el mecanismo para examinar el mundo exterior e interior.
   A) En el delirium y en la demencia avanzada está alterada.
   B) En intoxicación con sedantes o antidepresivos tricíclicos está alterada.
7) **La memoria**
   A) En el delirium y en la demencia está alterada.
   B) En la depresión puede estar alterada.
   C) Demencia por alcoholismo crónico: Puede haber amnesia con confabulación de relleno.
8) **Alucinaciones**:
   A) En la esquizofrenia, las más frecuentes son las auditivas.
   B) En las psicosis tóxicas por drogas, las visuales.
   C) En la abstinencia de alcohol y abuso de cocaína y anfetaminas: las tactiles.
9) **El pensamiento**:
   A) En la manía y en la ebriedad: aceleración del pensamiento (taquipsiquia).
   B) En depresión y esquizofrenia, enlentecimiento del pensamiento (bradipsiquia). En la demencia o el delirium, la incoherencia (las frases no tienen sentido ni coherencia en sí mismas, como en la ensalada de palabras).
   C) En el delirium, la disgregación del pensamiento (no tiene una idea directriz pero las frases tienen coherencia interna).
   D) En los trastornos psicóticos y en los trastornos del estado del ánimo con síntomas psicóticos (depresión mayor o trastorno bipolar, con síntomas psicóticos), en delirium y demencia y en los estados tóxicos: ideas delirantes.
10) **La conducta verbal**:
   A) En la manía: logorrea (el paciente no puede interrumpir su hablar).
   B) Estados tóxicos por alcohol o drogas, delirium, demencia, esquizofrenia: gritos y vociferaciones con excitación psicomotriz.
   C) En el delirium: semimutismo.
   D) En la esquizofrenia: diálogos delirantes.
   E) En depresión, esquizofrenia, delirium, demencia, histeria: mutismo.
11) **El juicio**, que es el acto mental de comparación y evaluación de alternativas para decidir un curso de acción:
   A) Puede estar alterado en la esquizofrenia, en la demencia, en el delirium.
12) **La afectividad**
   A) En la depresión hay estado de ánimo depresivo, tristeza, falta de interés o incapacidad para sentir placer.
   B) En la manía hay un estado de ánimo elevado o irritable y expansivo.
   C) En delirium, demencia, intoxicación con alcohol o drogas, puede haber euforia. En la esquizofrenia y en la demencia puede haber hipotimia (descenso del tono afectivo).
   D) En demencia, delirium, esquizofrenia y trastornos de personalidad podemos encontrar labilidad afectiva (cambios bruscos, rápidos y repetidos de la expresión afectiva, sin motivos aparentes).
13) **La actividad voluntaria**
   A) En la depresión: hipobulia (disminución de la actividad voluntaria).
   B) En la manía, intoxicación por alcohol o drogas, delirios, depresión agitada:

hiperbulia (aumento de la actividad voluntaria).

C) En los trastornos de personalidad puede haber impulsividad (actos sin control consciente).

D) En demencia y delirium: apraxias (deterioro de la capacidad de ejecutar actos motores adecuados a un objetivo. No se debe a una parálisis ni a la incapacidad de reconocer a los objetos o de realizar el movimiento esperado).

14) El sueño

A) Trastorno de ansiedad: insomnio de conciliación

B) Depresión: insomnio intermedio o tardío.

C) Delirium y demencia: cambios del ritmo del sueño.

D) Delirium: hipersomnia.

E) Manía, fase activa de la esquizofrenia: ausencia de necesidad de dormir.

15) Alimentación

A) Psicosis, depresión, delirium: rechazo de alimento.

B) Demencia, delirium, psicosis: ingestión de sustancias no nutritivas como materia fecal o tierra.

16) Controles internos y externos

A) **Controles internos** de sus propios impulsos suicidas: es la capacidad de manejar su energía autolesiva, con la responsabilidad de no intentar matarse y de solicitar ayuda o colaboración en caso de necesitarla.

- Trastornos borderline y límite de la personalidad, delirium, demencia, esquizofrenia. Pueden no tener controles internos propios.

B) **Controles externos** son personas o instituciones (familiar, terapeuta, médico, institución psiquiátrica, etc.) que suplen la carencia de los controles internos del paciente.

ES IMPORTANTE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CONTROLES. EN CASO DE QUE FALLEN LOS CONTROLES INTERNOS, EL CUIDADO DEL PACIENTE, COMO LA OBSERVACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL TRATAMIENTO, Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD NECESARIAS PARA MANTENERLO CON VIDA, DEPENDERÁN DE LOS CONTROLES EXTERNOS.

3) *ALGUNAS IDEAS POPULARES QUE PUEDEN CONFUNDIR AL EVALUADOR*

Ante ciertas situaciones y frente a determinadas poblaciones, se hace caso a creencias populares que llevan a minimizar el riesgo suicida que tienen los pacientes. La función de este apartado es tratar de desactivar esas creencias y proteger del riesgo de matarse a estos individuos a los que muchas veces se excluye del cuidado

- **"Quien dice que se va a matar no lo hace".** Hay que tener en cuenta que la mayor parte de los suicidas (un 70 - 80%) comentan a sus familiares o al médico su proyecto suicida semanas antes de consumarlo , y que el 40 - 60% de los pacientes consultó a un servicio psiquiátrico la semana anterior al intento. Por lo tanto hay que tener en cuenta que **no es cierto que quien dice que se va a matar no lo hace.**
- **"Las histéricas no se matan".** El 10% de los intentos suicidas acaban en suicidio. El diagnóstico de "Histeria" (o de un Trastorno Disociativo) no descarta el riesgo de muerte.[viii] **Se puede morir en una actuación histérica.**
- **"Es jóven. Ya se le va a pasar la depresión".** En los últimos años aumentaron las tasas de suicidio entre las personas jóvenes de entre 15 y 24 años. Muchos de ellos padecían de depresión. No es cierto que la depresión en los jóvenes sea benigna. Es tan grave como puede serlo en otras edades de la vida, ya que muchas veces lleva al suicidio. Aumenta aún más el riesgo suicida la dependencia al alcohol y a otras drogas. Los rasgos de personalidad que se encuentran entre los jóvenes suicidas son :
  - hostilidad
  - rabia
  - baja tolerancia a las frustraciones
  - impulsividad.

  No hay que desestimar los avisos, ya que la mayoría de los adolescentes que murieron por suicidio, comunicaron su intención antes del primer intento suicida.[i]
- **"Los ancianos se acostumbran a la depresión y toleran el sentirse mal"**
  En los últimos años aumentaron las tasas de suicidio en los mayores de 65 años. A medida que avanza la edad hay un mayor

riesgo de suicidio, y este sector etario es el más eficaz a la hora de intentar quitarse la vida.

Los principales factores de riesgo de la conducta suicida en los ancianos son :

- síntomas depresivos y/o historia psiquiátrica anterior
- aislamiento social y rechazo familiar ; deterioro económico
- soledad, fallecimiento del cónyuge
- enfermedades físicas y dolor crónicos
- jubilación, sensación de inutilidad

No hay que pasar por alto los pedidos de ayuda pensando que son viejos y que toleran mejor el sentirse mal : más de la mitad de los ancianos había consultado con su médico en las semanas previas al suicidio.

- **"No hay que hablar sobre las ideas suicidas porque se lo puede inducir a querer matarse".** Muchas veces los pacientes no pueden hablar sobre sus ideas suicidas porque creen que su interlocutor no lo va a entender o que van a ser juzgados por tener deseos de morirse. En una evaluación diagnóstica es necesario incluir preguntas sobre la ideación de muerte o la ideación suicida. Si uno no lo hace, no está teniendo en cuenta que la imposibilidad de hablar sobre el tema puede favorecer la alternativa de la acción como salida, y que el camino sea el intento de suicidio. En estos casos, la desesperación hace que se vea a la muerte como solución a los problemas. Aproximadamente la mitad de los suicidas consultan a un médico el mes anterior, pero 4 de cada 10 no hablan de sus ideas de suicidio [iv]. El hablar sobre el tema muchas veces logra ayudar al paciente a plantearse otras alternativas. No es cierto que preguntar sobre las ideas suicidas o de muerte a un paciente induzcan un intento de suicidio.[ix] Además, el hablar de estas fantasías muchas veces alivia al paciente.
- **"Si está con la familia va a estar bien".** Muchas veces no se puede confiar en la familia del paciente como cuidadores, ya que pueden haber desencadenado la situación que lo lleva al intento o a las ideas suicidas. Es necesario evaluar si se puede contar con la familia para la protección del paciente o si se lo debe aislar de ellos de manera preventiva.
- **"Ya está mejor porque está más tranquilo".** Hay pacientes que están seriamente perturbados porque tienen alguna cuestión que no pueden solucionar ni enfrentar. Si para "solucionarla" toma la resolución de matarse, es posible que sienta alivio. No hay que confundir esta calma con una recuperación y hay que instruir a la familia para que en esas situaciones no disminuyan los controles sobre el paciente. Muchas veces este está más tranquilo porque pudo tomar una decisión: decidió matarse.

Recomendaciones generales sobre el tratamiento del paciente con riesgo de suicidio

1. PRIMEROS CUIDADOS
2. TRATAMIENTO AMBULATORIO
3. INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA
4. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

1) **Primeros cuidados**

A) Cuando llega un paciente con riesgo de quitarse la vida, lo primero que debemos hacer es **evitar que se suicide**. En la práctica esto se realiza ubicándolo en una habitación segura, sin ventanas o con ventanas selladas; con acompañamiento y observación permanente por un auxiliar o un familiar; sin objetos cortopunzantes o medicaciones con los cuales pueda dañarse; con revisión de las pertenencias del paciente y acompañantes. Y, en caso de necesidad, contención física y/o medicamentosa.

B) Debemos determinar si hay trastornos que necesiten ser tratados médicamente de inmediato, como el delirium, enfermedades médicas o la intoxicación por medicamentos o por otras sustancias.

C) Decidir qué tipo de tratamiento se debe indicar: ambulatorio o en internación psiquiátrica.

2) **Tratamiento ambulatorio**

Se puede indicar **tratamiento ambulatorio** cuando el paciente no esté en estado de intoxicación o de psicosis y tenga un control de impulsos eficaz. Cuando no tenga un plan definido para eliminarse y no tenga a su

alcance los medios con los cuales hacerlo. Que haya respaldos socio familiares accesibles y que sean aceptables para el paciente. Y que pueda hacer una buena relación terapéutica con el profesional que lo trate. En este caso se debe implementar una apropiada red de sustento del tratamiento con un adecuado acompañamiento familiar y/o terapéutico, que al principio será permanente y que se irá limitando de acuerdo con la evolución del paciente. Manejo de las medicaciones por un familiar responsable, para evitar las intoxicaciones voluntarias (tener en cuenta el potencial tóxico de algunos psicofármacos como los antidepresivos tricíclicos). Restringir al máximo la posibilidad de situaciones de riesgo (objetos cortantes, gas, ventanas, etc.). Hacer con el paciente un pacto de no-suicidio o de aviso inmediato en caso de apremio por realizarlo. Necesidad de que el paciente acceda a un tratamiento psicoterápico y psiquiátrico para el tratamiento del conflicto suicida y de los trastornos mentales subyacentes. Es necesario que el profesional que se haga cargo del tratamiento de un paciente ambulatorio con riesgo suicida cuente con la capacidad y la disponibilidad adecuadas para esta tarea. Además, todo el equipo que participe del tratamiento (médicos, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, acompañantes terapéuticos) tiene que actuar en estrecha colaboración, e incluir a la familia y a las personas que puedan constituir el soporte social del paciente.

3) Internación psiquiátrica

Hay situaciones donde, para disminuir los riesgos de muerte del paciente, se deberá optar por el **tratamiento bajo internación psiquiátrica**. Esto sucede cuando el paciente está intoxicado, está en delirium o cuando está en la fase activa de una psicosis; cuando tiene un bajo control de sus impulsos; cuando presenta un grado importante de ansiedad, o cuando la entrevista se dificulta porque el paciente miente, delira o no responde luego de haber intentado matarse, y no hay familiares con quien constatar los datos. Además hay que tener en cuenta que aumenta el riesgo si persisten las ideas, las intenciones o los planes de matarse. Al mismo tiempo se necesita tener un apoyo externo para el tratamiento. Si este apoyo no se logra porque la red familiar no está comprometida con el tratamiento o no registra el riesgo del paciente, o la familia está agotada de ocuparse del suicida, o este está aislado socialmente, debe ser internado para asegurarle el cuidado de su vida.

4) Tratamiento psicofarmacológico

Por último diremos que el tratamiento psicofarmacológico es muy importante en algunos casos, en la situación aguda, en pacientes con extrema angustia o excitación psicomotriz o con síntomas psicóticos. También hay que considerar los tratamientos farmacológicos de los trastornos psiquiátricos subyacentes como la depresión, la esquizofrenia, los trastornos de angustia, los trastornos de personalidad, el alcoholismo y el consumo de otras drogas.

Pacientes con extrema angustia o excitación psicomotriz:

Como primera medida se suministrarán ansiolíticos benzodiacepínicos como:
el lorazepám, que puede ser utilizado por vías sublingual, oral e intramuscular, y en casos extremos, y con monitoreo, por vía intravenosa (por el riesgo de depresión respiratoria); el clonazepám, por vías oral y sublingual, y el diazepám, oral o intravenoso.
En caso de no lograr el efecto deseado se puede recurrir a los antipsicóticos sedativos. De preferencia, se elegirán los antipsicóticos atípicos, como la olanzapina o la clozapina, fuertemente sedativos. También la clotiapina o el zuclopentixol, o los clásicos neurolépticos sedativos (clorpromazina o levomepromazina), con mayor riesgo de síntomas extrapiramidales y anticolinérgicos.
En caso de persistir la excitación psicomotriz se puede incluir un hipnótico inyectable como el midazolám (en caso de su indicación endovenosa hay que saber que puede inducir un paro respiratorio en el paciente).

Pacientes con síntomas psicóticos:

Cuando la sintomatología del paciente es predominantemente alucinatoria o delirante, se trata de utilizar antipsicóticos de tipo incisivos. Es de primera indicación el haloperidol. Si no es posible la administración oral, por la urgencia por obtener la contención del paciente o porque este se niega a recibir medicación, se puede utilizar la vía intramuscular que permite una acción más rápida del fármaco. La vía endovenosa es muy efectiva, pero el riesgo de la arritmia cardíaca llamada torsión de

punta (rara pero grave), hace que se reserve a situaciones donde el paciente está monitoreado cardiológicamente. También se pueden utilizar antipsicóticos atípicos como la risperidona o la olanzapina.

Pacientes con un Trastorno Depresivo Mayor de base:

La medicación antidepresiva tiene un período de latencia de 2 a 3 semanas hasta que se manifiesta su efecto sobre el estado de ánimo. Aunque no tiene efectos sobre la situación inmediata del paciente, sí lo tendrá a corto y mediano plazo. Ante un paciente con depresión se debe evaluar su estado general y el tipo de depresión que presenta, y después iniciar el tratamiento con un antidepresivo. Los más utilizados son los IRSS (inhibidores de la recaptación de serotonina). Entre estos fármacos podemos elegir el que tenga prevalentemente efecto activador, como la fluoxetina, o efecto sedativo, como la paroxetina y la fluvoxamina. La sertralina y el citaloprám no tienen esos efectos tan acentuados como los anteriores.

También se utilizan antidepresivos de acción combinada, que inhiben la recaptación de serotonina y noradrenalina, en los que se postula que su comienzo de acción es más rápido que el de los IRSS. Entre estos antidepresivo "duales", se puede utilizar una molécula fuertemente sedativa como la mirtazapina o una con efecto más activador como la venlafaxina.

La FDA (Food and Drugs Administration, de Estados Unidos) advierte que en los pacientes que toman antidepresivos puede aumentar el riesgo suicida, pero aclara que esto puede ser debido a empeoramiento de la enfermedad subyacente o al resultado del efecto de la droga. Por lo cual recomienda, la observación cercana del paciente[x]. De manera general, siempre que se dé medicación psicotrópica a un paciente, se deberá mantener hacia él un cuidado eficaz con un seguimiento pertinente.

Pacientes con Trastorno Bipolar:

En caso de un paciente con riesgo suicida que presenta una excitación psicomotriz con características de episodio de manía, o con antecedentes de bipolaridad, se debe incluir en el tratamiento una droga anticiclante como los anticonvulsivantes carbamazepina o el ácido valproico.

Pacientes con fallas en el control de la impulsividad:

En los pacientes que presentan fallas en el control de la impulsividad, como en el Trastorno Límite de la Personalidad, se debe agregar a la medicación sedativa o antipsicótica un anticonvulsivante buscando su efecto antiimpulsivo. Se puede utilizar la carbamazepina, la oxcarbacepina o el ácido valpropico.

Si bien no hay ningún compuesto que sea específicamente dirigido a la suicidabilidad, se conoce la importancia de la ayuda de las acciones farmacológicas sobre la situación del paciente que quiere matarse. Toda acción farmacológica debe ser evaluada de forma adecuada y con los mismos cuidados que se requieren para cualquiera de las indicaciones que se realizan ante un paciente con riesgo de suicidio.

Bibliografía

[i] Rojo Rodes,JE; Cirera Costa,E. Interconsulta psiquiátrica. Editorial Masson. Barcelona. España. 1997.

[ii] Espector,EM; Passero,LB. Responsabilidad legal de los profesionales y de los establecimientos asistenciales ante el paciente suicida. Desarrollos en Psiquiatría Argentina. Año 2-Nº4, Set./Oct. 1997.

[iii] Hyman,SE; Tesar,GE. Manual de urgencias psiquiátricas. Editorial Salvat. Barcelona. España. 1996.

[iv] Cassem,NH; Stern,TA; Rosenbaum,JF; Jellinek,MS. Manual de psiquiatrìa en hospitales generales. Massachusetts General Hospital. Cuarta edición. Harcout Brace de España. Madrid. España. 1998
[v] Bobes García,J ;González Seijo,JC ; Sáiz Martínez,PA. "Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas". Editorial Masson. Barcelona, España. 1997.
[vi] Scully,JH. National Medical Series for Independent Study. Psychiatry. 3rd edition. InfoMed. Hong Kong. 1996.
[vii] The World Health Report 1997. Conquering suffering Enriching humanity. Report of the Director-General. World Health Organization. Geneva. 1997.
[viii] Moizeszowicz,J. Psicofarmacología Psicodinámica IV. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1999.
[ix] Rundell,JR ; Wise,MG. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. American Psychiatric Press. Washington. USA. 1996.
[x] http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/AntidepressanstPHA.htm, 22 de marzo del 2004.

Revista colombiana de psiquiatría
Asociación Colombiana de Psiquiatría
revista@psiquiatria.org.co
ISSN (Versión impresa): 0034-7450
COLOMBIA

2005
Sergio A. Pérez Barrero
LOS MITOS SOBRE EL SUICIDIO.LA IMPORTANCIA DE CONOCERLOS
Revista colombiana de psiquiatría, julio-septiembre, año/vol. XXXIV, número 003
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, Colombia
pp. 386-394

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

http://redalyc.uaemex.mx

de revisión/actualización

Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos

Sergio A. Pérez Barrero[1]

Resumen

Los mitos sobre el suicidio son criterios equivocados que entorpecen la prevención de dicha conducta, por lo que se hace necesario difundirlos para que sean erradicados y se faciliten las acciones preventivas.

Palabras clave: suicidio, prevención primaria.

Title: Suicide Myths. The Importance of their Knowledge.

Abstract

Suicide myths are wrong criteria that disrupt the task of suicide prevention. For this reason the diffusion of these myths by the media is necessary in order to take measures to prevent this cause of death.

Key words: Suicide, primary prevention.

Los mitos son criterios culturalmente aceptados y entronizados en la población que no reflejan la veracidad científica, pues se trata de juicios de valor erróneos con respecto al suicidio, a los suicidas y a los que intentan el suicidio, que deben ser eliminados si se desea colaborar con este tipo de personas. Con cada mito se intentan justificar determinadas actitudes de quienes los sustentan, las que se convierten en un freno para la prevención de esta causa de muerte.

Desarrollo

Existen muchos mitos con respecto al suicidio, a los suicidas y a quienes lo intentan. En este artículo se enuncian algunos de ellos y se exponen los criterios científicos que desde este momento deben primar

[1] Médico, profesor, presidente de la Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría, fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

en usted para poder hacer efectiva su ayuda en prevenir el suicidio.

1. *Mito: el que se quiere matar no lo dice.* Criterio equivocado, pues conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.

   Criterio científico: de cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas manifestaron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.

2. *Mito: el que lo dice no lo hace.* Criterio equivocado, ya que conduce a minimizar las amenazas suicidas, que pueden considerarse erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc.

   Criterio científico: todo el que se suicida expresó lo que ocurriría con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.

3. *Mito: los que intentan suicidarse no desean morir, sólo hacen el alarde.* Criterio equivocado, porque condiciona una actitud de rechazo a quienes intentan contra su vida, lo que entorpece la ayuda que estos individuos necesitan.

   Criterio científico: aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el intentar contra su vida.

4. *Mito: si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren.* Éste es un criterio equivocado que refleja la agresividad que generan estos individuos en aquellos que no están capacitados para abordarlos.

   Criterio científico: todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. El método elegido no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza, y proporcionarle otro de mayor letalidad es calificado como un delito de auxilio al suicida (ayudarlo a que lo cometa), penalizado en el Código Penal vigente.

5. *Mito: el sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.* Criterio equivocado que conduce a disminuir las medidas de observación estricta del sujeto y la evolución sistematizada del riesgo de suicidio.

   Criterio científico: casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo

después de los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Ocurre que cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.

6. *Mito: todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida.* Criterio equivocado que intenta justificar, en algunos casos, la sobreprotección hacia el individuo y el estigma o rechazo por temor a que se repita.

   Criterio científico: entre el 1% y el 2% de los que intentan suicidarse lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10% y el 20% lo consumarán en el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención.

7. *Mito: todo el que se suicida está deprimido.* Criterio equivocado que tiende a hacer sinónimo el suicidio y la depresión, lo cual no se ajusta a los estrictos hallazgos.

   Criterio científico: aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos del carácter, etc.

8. *Mito: todo el que se suicida es un enfermo mental.* Criterio equivocado que intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental.

   Criterio científico: los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. No caben dudas de que todo suicida es una persona que sufre.

9. *Mito: el suicidio se hereda.* Criterio equivocado que tiende al nihilismo terapéutico, pues se cree erróneamente que lo que está determinado por la herencia es imposible modificarlo.

   Criterio científico: no está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos, lo heredado es la predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal, por ejemplo, los trastornos afectivos y las esquizofrenias.

10. *Mito: el suicidio no puede ser prevenido, pues ocurre por impulso.* Criterio equivocado que limita las acciones preventivas, ya que si sucede de esta manera es imposible pronosticarlo y, por lo tanto, prevenirlo. Invita a la inercia terapéutica.

    Criterio científico: antes de intentar suicidarse, toda persona evidencia varios síntomas que se han definido como síndrome presuicidal, consistentes en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad (la cual ya no es dirigida hacia otras personas y se reserva para sí) y existencia de fantasías suicidas, todo lo cual se puede detectar a su debido tiempo, a fin de evitar que esta persona lleve a cabo sus propósitos.

11. *Mito: al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice.* Criterio equivocado que infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.

    Criterio científico: está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

12. *Mito: el acercarse a una persona en crisis suicida sin la correspondiente preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado.* Criterio equivocado que intenta limitar la participación de voluntarios en la prevención del suicidio.

    Criterio científico: si el sentido común hace que otros puedan asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.

13. *Mito: sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.* Criterio equivocado que pretende constituir la prevención del suicidio en un feudo de los psiquiatras.

    Criterio científico: es cierto que los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. Cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de personas puede ser un valioso colaborador en su prevención.

14. *Mito: los que intentan suicidarse y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que atentan contra sí mismos pueden*

hacerlo contra los demás. Criterio equivocado que tiende a generar temor al enfrentamiento a este tipo de individuos.

Criterio científico: el homicidio es un acto que generalmente no se acompaña de suicidio en quienes lo realizan, por tratarse en la generalidad de los casos de un acto heteroagresivo. El suicidio, en cambio, es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos el sujeto se vierten contra sí mismo. Incluso el suicidio se consideró el homicidio de sí mismo.

Existen ocasiones en las que el suicida, antes de morir, mata a otros que no desean morir, como en el llamado suicidio ampliado en depresiones con síntomas psicóticos y en dramas pasionales, en los que el homicida-suicida presenta un trastorno mental generalmente del espectro depresivo.

15. *Mito: el tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona.* Criterio equivocado que limita la investigación, el abordaje y la prevención de esta causa de muerte evitable, y que denota un desconocimiento prejuiciado del tema por quien lo esgrime.

    Criterio científico: el tema del suicidio debe ser tratado de igual forma que otras causas de muerte, a fin de evitar las noticias sensacionalistas y aquellos manejos que provoquen la imitación de esa conducta. Por otra parte, el suicidio es una forma de morir que se observa en países de regímenes socioeconómicos diferentes, desde los muy desarrollados hasta los que apenas tienen recursos, pues obedece a factores diversos, como son los biológicos, los psicológicos, los sociales, los psiquiátricos, los existenciales, etc.

16. *Mito: una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer.* Criterio equivocado que pretende desconocer las manifestaciones prodrómicas del suicidio.

    Criterio científico: todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.

17. *Mito: el suicida desea morir.* Criterio equivocado que pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen y, por lo tanto, tarde o temprano lo llevará a cabo.

    Criterio científico: el suicida está en una posición ambivalente, es decir, desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella. Si se

diagnostica oportunamente esta ambivalencia, se puede inclinar la balanza hacia la opción de la vida.

18. *Mito: el que intenta el suicidio es un cobarde.* Criterio equivocado que pretende evitar el suicidio al equipararlo con una cualidad negativa de la personalidad.

    Criterio científico: los que intentan suicidarse no son cobardes, sólo son personas que sufren.

19. *Mito: el que intenta el suicidio es un valiente.* Criterio equivocado que pretende equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad, lo cual entorpece su prevención, pues lo justifica al hacerlo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer como es el valor.

    Criterio científico: los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, pues la valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se cuantifican o miden según la cantidad de veces que usted se quita la vida o se la respeta.

20. *Mito: sólo los pobres se suicidan.* Criterio equivocado que pretende hacer del suicidio un atributo de esta clase social, sin tener en consideración que es una causa democrática de muerte.

    Criterio científico: los pobres también pueden suicidarse, aunque es más probable que mueran de otro tipo de enfermedades por sus condiciones de pobreza.

21. *Mito: sólo los ricos se suicidan.* Criterio equivocado que desconoce la posibilidad de que el suicidio se presente entre las capas más pobres de la sociedad.

    Criterio científico: el suicidio es una causa de muerte que se observa con mayor frecuencia en los habitantes de países desarrollados que en países subdesarrollados, pero evidentemente los ricos no son los únicos que se suicidan.

22. *Mito: sólo los viejos se suicidan.* Criterio equivocado que pretende evadir al suicidio como causa de muerte en las edades tempranas de la vida, como son los niños y los adolescentes.

    Criterio científico: los ancianos realizan menos intentos de autodestrucción que los jóvenes, pero utilizan métodos más efectivos al intentarlo, lo cual conlleva a la muerte con mayor frecuencia.

23. *Mito: los niños no se suicidan.* Criterio equivocado que intenta negar la triste realidad del suicidio infantil.

Criterio científico: después que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y, de hecho, ellos toman decisiones de este tipo a estas edades.

24. *Mito: si se reta a un suicida, éste no lo intenta.* Criterio equivocado que pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida y que desconoce el peligro que significa su vulnerabilidad.

    Criterio científico: retar al suicida es un acto irresponsable, pues se está frente a una persona vulnerable, en situación de crisis, cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, ya que predominan precisamente los deseos de autodestruirse.

25. *Mito: cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio.* Criterio equivocado que ha costado no pocas vidas, pues desconoce que en los deprimidos suicidas el componente motor mejora primero que el componente ideático.

    Criterio científico: casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Ocurre que cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.

26. *Mito: los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio.* Criterio equivocado que pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas, con el objetivo primordial de vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido.

    Criterio científico: los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio, si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y cumplen las siguientes sugerencias de los suicidólogos sobre cómo difundirlas:

    - Publicar los signos de alarma de una crisis suicida: llanto inconsolable; tendencia al aislamiento; amenazas suicidas; deseos de morir; desesperanza; súbitos cambios de conducta, afectos y hábitos; aislamiento; consumo excesivo de alcohol o drogas; realización de notas de despedidas; etc.

    - Publicar las fuentes de salud mental a las que se puede

acudir en caso de una crisis suicida. Asimismo, se deben divulgar aquellas instituciones, organizaciones y líderes naturales a los cuales recurrir para recibir la primera ayuda psicológica cuando se está en una situación de riesgo de suicidio.

- Divulgar los grupos de riesgo suicida:
  - Los deprimidos.
  - Los que tienen ideas suicidas o amenazan con el suicidio.
  - Los sujetos que hayan realizado un intento suicida.
  - Los sujetos en situaciones de crisis.
  - Los sobrevivientes o familiares del suicida.

- Divulgar medidas sencillas que permita a la población saber qué hacer en caso de detectar un sujeto con riesgo de suicidio:
  - Preguntar siempre a la persona en situación de riesgo suicida si ha pensado en el suicidio. Si la respuesta es afirmativa, evitar el acceso a cualquier método que pueda dañarlo.
  - Nunca dejarlo a solas mientras persistan las ideas suicidas.
  - Avisar a otras personas significativas para el sujeto que contribuyan a evitar la ocurrencia de un acto suicida.
  - Acercarlo a las fuentes de salud a recibir atención especializada.

Conclusiones

Los mitos sobre el suicidio, el suicida y los que intentan el suicidio constituyen obstáculos para la prevención de dicha conducta, por lo que se impone que se divulguen –y junto a ellos– los criterios científicos para que la población tenga más recursos con los cuales enfrentar a los individuos en riesgo.

Bibliografía

1. Pérez Barrero SA, Sereno Batista A. Conocimientos de un grupo de adolescentes sobre la conducta suicida. Revista Internacional de Tanatología y Suicidio. 2001 Jun;1(2):7-10.
2. Pérez Barrero SA. La adolescencia y el comportamiento suicida. Bayamo; 2002.
3. Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Santiago de Cuba: Oriente; 1996.
4. Pérez Barrero SA. Lo que usted debiera saber sobre... suicidio. México: Imágenes Gráfica S. A.; 1999.
5. Pérez Barrero SA. Psicoterapia del comportamiento suicida. La Habana: Editorial del Hospital Psiquiátrico de La Habana; 2001.
6. Pirkis J, Francis C, Blood RW, Burgess P, Morley B, Stewart A, et al. Reporting of suicide in the Australian media. Aust N Z J Psychiatry. 2002 Ap;36(2):190-7.

7. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media. Part I: reportage in nonfictional media. Crisis. 2001;22(4):137-40.
8. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media. Part II: portrayal in fictional media. Crisis. 2001;22(4):170-2.
9. Stack S. Media coverage as a risk factor in suicide. J Epidemiol Community Health. 2003 Apr;57(4):238-40.
10. Wasserman D. Suicide: an unnecessary death. London: Martin Dunitz; 2001.
11. Ziegler W, Hegerl U. The Werther effect: significance, mechanisms, consequences. Nervenarzt. 2002 Jan;73(1):41-9.

Recibido para publicación: 2 de febrero de 2005
Aceptado para publicación: 26 de mayo de 2005

Correspondencia
Sergio A. Pérez Barrero
Departamento de Psiquiatría
Hospital Docente Carlos M. de Céspedes
Bayamo, Granma, Cuba
serper.grm@infomed.sld.cu

ALCMEON
Año XIV, vol 12, N°2, abril de 2004

Intento y riesgo suicida en la emergencia psiquiátrica

Hospital De Emergencias psiquiátrica Torcuato de Alvear[1],Eduardo Rubio Domínguez[2], Miguel Diez [3], Liliana Acevedo[3], Alejandra Negre[3], María Leidi[4]

Resumen

Se estudiaron 100 pacientes cuyo motivo consulta fue intento de suicidio, realizadas al Hospital Alvear (consultas en guardia e interconsultas y auxilios realizados por la ambulancia del mismo hospital) en el período comprendido desde el 1° de agosto al 30 de noviembre de 2001, correspondiente a la guardia del día domingo.

Se registraron los datos filiatorios del paciente y su perfil socioambiental.

Si hubo consumo de sustancias psicoáctivas, antecedentes familiares de suicidios, enfermedades psiquiátricas, violencia familiar, y adicciones. Antecedentes de intentos previos y factores desencadenantes, modalidad del intento. Si hubo comunicación y/o planificación previa. Por último si el paciente estaba o no en tratamiento previo.

Se realizó a cada paciente un examen psiquiátrico y se aplicaron los siguientes test:

Escala de Depresión de Beck y la Escala de California de Riesgo Suicida Se realizo el diagnostico según DSM IV y se evaluó los criterios de internación. La consulta por intento de suicidio representó el 16,26 % del total de los pacientes.

Se buscó determinar los factores de riesgo cuya presencia predisponen conducta suicida y cuantificándolos y cualificándolos para determinar la conducta terapéutica a seguir.

Summary

100 individuals, including out-patients, in-patients, and people assisted by the Hospital ambulance every Sunday from 1st August to 30 September 2001 were studied at Alvear Hospital . The common characteristic were suicidal attempts.

Personal data, and social-environmental details were recorded, as well as consumption of psichoactive substances, family history of suicidal attempts, psychiatric illneses, family violence, and addictions. We also found out about previous attempts, triggering factors, and the way the attempt was performed. Communication and/or planning in advance were also considered. Lastly, if the patient was under treatment.

Every patient was psychiatrically examined, and the following tests were applied:

Beck Depression Scale, and California Scale for Suicidal Risk.Diagnosis based on DSM IV.

Assessment of criteria for hospitalization. The consultation for suicidal attempt was in 16.26 % of all the patients. Risk factors predisposing to suicidal behaviors were identified, quantified, and qualified in order to establish the correct therapy to be followed.

Palabras clave

Intento de suicidio; urgencia psiquiátrica; factores desencadenantes; antecedentes familiares; Escala de California de Riesgo Suicida; factores de riesgo predisponentes.

Key words

Suicidal attempts; psychiatry emergency; California Scale for Suicidal Risk; family history of suicidal attempts; triggering factors, risk factors predisposing.

Introducción

Se estudiaron 100 pacientes cuyo motivo consulta fue intento de suicidio, realizadas al Hospital Alvear (consultas en guardia e interconsultas y auxilios realizados por la ambulancia del mismo hospital) en el período comprendido desde el 1° de agosto al 30 de noviembre de 2001, correspondiente a la guardia del día domingo.

Se registraron los datos filiatorios del paciente y su perfil socioambiental.

Si hubo consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes familiares de suicidios, enfermedades psiquiátricas, violencia familiar, y adicciones. Antecedentes de intentos previos y factores desencadenantes. También se evaluó el estado psíquico del paciente, características del intento en cuanto a su modalidad. Si hubo comunicación y/o planificación previa. Por último si el paciente estaba o no en tratamiento, cambios en el mismo y posterior derivación del paciente.

Hipótesis

La presencia de determinados factores de riesgo predisponen a la conducta suicida.

Objetivos

Cuantificar y cualificar los factores de riesgo suicida en los pacientes, por los cuales se determinarán la conducta terapéutica a seguir.

Materiales y métodos

En el presente estudio se han evaluado 100 pacientes cuyo motivo de consulta al servicio de guardia del día domingo del Hospital Alvear en la ciudad de Buenos Aires, fue intento de suicidio, en un período de 4 meses en el año 2001 (05/08/01 al 30/11/01). Estos 100 pacientes se extrajeron de un total de 615 que consultaron los días domingo en la guardia del HEPTA de los cuales: 312

corresponden a Consultorio externo de guardia, 123 auxilios realizados por ambulancia y 180 a pacientes internados en guardia.

La consulta por intento de suicidio representó el 16,26 % del total de los pacientes.

Se confeccionó para tal fin una *Ficha*. Los datos obtenidos fueron analizados y pasados a planillas Excel.

Se realizó a cada paciente un examen psiquiátrico y se aplicaron los siguientes test:

- Test de Depresión de Beck

- Escala de California de Riesgo Suicida.

Ficha de intento de suicidio

- Datos relacionados con el paciente (nombre- edad- sexo- estado civil- educación- trabajo- religión- con quien vive).

- Antecedentes personales de enfermedad somática y enfermedad psiquiátrica (edad de comienzo- tratamiento médico, hospitalización y evolución- adicción- uso- abuso- dependencia).

- Antecedentes de intentos de suicidios. Cantidad. Modalidad. Derivación a internación.

- Antecedentes Familiares (suicidios-enfermedades psiquiátricas- adicción- muerte prematura de los padres- violencia familiar- abuso físico o sexual- emigración- separación de los padres y abandono parental).

- Factores desencadenantes: muerte de hijo, pareja, familiar, otros. Separación, conflictiva familiar, embarazo, pérdida laboral, pérdida de capacidades físicas o psíquicas, aumento de peso.

- Estado afectivo: ideas delirantes, mudanza, fracaso económico y/o social. Ideas de soledad y aislamiento, desesperanza y autodesprecio, fantasías suicidas.

- Tipo de intento (impulsivo o planificado).

- Modalidad del intento (violento: asfixia, ahorcamiento, inmolación, arma de fuego, arrojarse, intoxicación; no violento: intoxicación con psicofármacos, arma blanca).

- Tratamiento psiquiátrico previo: consulta antes del intento- tratamiento psiquiátrico- cambios en el mismo: terapeuta, medicación, externación, o alta.

- Tratamiento psiquiátrico posterior: ambulatorio o internación.

- Colaboración de la familia.

- Diagnóstico Psiquiátrico. En el eje I y en el eje II.

- Destino del paciente: domicilio, hospitales de la red: Alvear, Moyano, Borda u otro, obra social, consultorios externos, CENARESO.

Escala de California. Riesgo suicida estimado.

Se evalúan los siguientes ítems:

1. Edad.

2. Ocupación.

3. Orientación sexual.

4. Recursos financieros.

5. Amenaza financiera.

6. Estrés actual.

7. Horas que duerme por noche.

8. Cambio de peso.

9. Ideas persecutorias.

10. Intensidad del impulso actual.

11. Intento del suicidio. Seriedad del mismo.

12. Número de internaciones.

13. Esfuerzo previo para obtener ayuda.

14. Desórdenes emocionales y familiares.

15. Reacción ante la entrevista.

Se evalúa el riesgo en un rango de 0 a 10, siendo muy bajo (0 a 1), bajo (2 a 5), moderado (6 a 8), alto (8 a 9) y muy alto (10 o más).

Inventario de depresión de Beck (Forma abreviada)

Por el mismo se investigó:

A. Tristeza

B. Pesimismo

C. Sensación de fracaso

D. Descontento

E. Culpa

F. Disgusto por sí mismo

G. Autoagresión

H. Aislamiento social

I. Indecisión

J. Cambio de la imagen propia

K. Dificultad para trabajar

L. Fatigabilidad

M. Anorexia

N. Sensación de castigo

O. Autoacusaciones

P. Períodos de llanto

Q. Irritabilidad

R. Disturbios del sueño

S. Pérdida de peso

T. Somatización.

U. Pérdida de la libido.

Los resultados se agruparon en:

- No deprimido (0 a 10)

- Depresión leve (10 a 18)

- Depresión moderada (18 a 30)

- Depresión grave (más de 30).

Desarrollo y resultados

La mayoría de las consultas a causa de intentos de suicidio correspondieron a pacientes entre 22 y 44 años (57%) Fig. 1.

En nuestro trabajo la población adulta joven es más vulnerable, siguiéndole la adolescente. La menor cantidad de consultas se dio en la franja de pacientes de 65 años. Aclaramos que en el Hospital Alvear pueden consultar todas las personas pero no hay internación para aquellos mayores de 65 años.

El 57% de los casos corresponden al sexo femenino. Según estudios internacionales los intentos de suicidio son mayoría en mujeres, con una relación de 3 a 1, lo que es menor en nuestro estudio. Fig. 2.

Según el estado civil, el 65% de la población estudiada no tiene pareja (sumando a los solteros, separados y viudos). Nos parece significativo este porcentaje, al ser mucho mayor que la proporción de personas sin pareja en la población general. Fig. 3.

La mayoría de los pacientes conviven con su familia (79 %). Observamos que la proporción de hombres que viven solos (12 %) es mayor que el de las mujeres que viven solas. Fig. 4.

En nuestro estudio el 71% de la población tiene creencias religiosas lo que no difiere en forma significativa de la población general.

El 38% de las mujeres que realizan intentos de suicidio no tienen creencias religiosas, mientras que en los hombres alcanzan un 16% señalando una notable diferencia Fig. 5.

En los pacientes estudiados el 43% tenían enfermedades psiquiátricas en la familia, en el 26% del total la enfermedad psiquiátrica se presentaba en los padres, un 13% en los hermanos y un 10% en los tíos. Fig. 6.

En un 25% de los casos existen antecedentes de intentos de suicidio en la familia.

En los pacientes con intentos de suicidio observamos que existe un mayor porcentaje con respecto a la población general de antecedentes de enfermedades psiquiátricas y tentativas de suicidio en la familia. Fig. 7.

Se observa una alta conflictiva en los padres de los pacientes, el 39% se separó, 25% formó nueva pareja, 20% sufrió abandono de alguno de ellos, y el 13 % fue abandonado por ambos padres.

Una cuarta parte de los pacientes padeció abuso sexual o físico.

Se investigó la presencia de antecedentes de enfermedad somática.

En el 6% de los pacientes se encontró enfermedad somática reciente, y presentaron enfermedad somática crónica el 8 % siendo la mayoría adultos.

Evaluamos los antecedentes de enfermedad psiquiátrica.

El 35% presentaba enfermedad psiquiátrica aguda. De los cuales 7 eran adolescentes, 27 adultos y un anciano. Siendo la evolución buena en 9 pacientes y tórpida en 11.

Se encontraron antecedentes de enfermedad psiquiátrica crónica en el 65% de los pacientes. El comienzo de la enfermedad en 5 pacientes fue en la niñez, 19 pacientes en la adolescencia, y en 41 pacientes el comienzo de al enfermedad psiquiátrica se presentó en la adultez.

La mitad de estos pacientes tuvieron una evolución tórpida.

En el 67% de las consultas los pacientes presentaban antecedentes de intentos de suicidio previos. Este % es mayor en las mujeres (42%) que en los hombres (25%).

La mayoría de los pacientes tuvieron más de un intento de suicidio (67%). Se incrementa la mayoría de mujeres en relación a los hombres a medida que aumenta el numero de intentos previos. Fig. 8.

En relación a factores desencadenantes en el sexo femenino predominan la conflictiva familiar, separación, ideas delirantes, pérdida de capacidades.

En los hombres predominan los factores económicos, familiares, e ideas delirantes. Fig. 9/10.

En este trabajo hemos clasificado estos intentos en violentos y no violentos. Dentro de los no violentos consideramos la intoxicación por psicofármacos y autoagresiones superficiales con elementos cortantes, resultando un 43% en las mujeres y un 27% en los hombres. Dentro de los violentos entran el resto de las modalidades siendo un 14% mujeres y un 16% hombres. Fig. 11.

En los intentos de suicidio previo a la consulta se observó que en 33 pacientes con antecedentes, en 20 de ellos hubo algún intento violento (61%); siendo mayor el % en hombres.

Clasificación de los trastornos relacionados con el uso de sustancias

En primer lugar se debe definir abuso y dependencia, y para ello nos remitimos al DSM IV:

Abuso: consumo recurrente de sustancias durante un periodo de 12 meses que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela, o en casa, que en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso, que trae problemas legales, personales, y sociales por el consumo de las sustancias. No hay tolerancia, abstinencia o búsqueda compulsiva.

Dependencia: consumo de sustancias por un periodo continuado de 12 meses que conlleva deterioro o malestar clínicamente significativo:

Del total de la población estudiada un 26% consume alcohol a predominio del sexo masculino haciendo uso y abuso del mismo. El 16% de los pacientes mezclan otras drogas con alcohol y el 10% restante lo consume solo.

Con respecto a las otras drogas utilizadas por los pacientes son: la marihuana, la cocaína, el LSD, y anfetaminas. Realizando abuso y dependencia un 18% de la marihuana un 14% de la cocaína y un 4% del LSD.

Con respecto a los psicofármacos las benzodiacepinas son las sustancias más utilizadas en el sexo femenino.

Diagnóstico

Realizamos una discriminación de la población en estudio según su diagnóstico.

Consideramos que el diagnóstico principal en el momento de la consulta por intento de suicidio fue en el 41% trastornos del estado de ánimo (32% trastornos depresivos, 6% trastorno bipolar y 3% distimia), en el 32% trastornos de la personalidad y el 16% trastornos psicóticos.

Del total de 100 pacientes evaluados encontramos que en el eje I presentaron trastorno depresivo mayor 63 (52 de ellos recurrente y 11 con episodio único, de los cuales 4 fueron con síntomas psicóticos), esquizofrenia diagnosticamos en 13 pacientes, trastorno bipolar en 6, trastorno adaptativo con síntomas depresivos 4, distimia en 3 pacientes, trastorno delirante en 3, demencia 2 pacientes, trastorno inducido por consumo de cocaína en 2 pacientes, los diagnósticos de trastorno derivado de enfermedad médica, trastorno desintegrativo infantil, debilidad mental leve y trastorno del control de impulsos con un caso cada uno completan el estudio. Fig. 12.

Al agruparlos encontramos que el 72% presentó trastornos del estado de ánimo y el 16% trastornos psicóticos.

El diagnóstico en el eje II se pudo realizar en 41 pacientes. De estos 32 fueron trastornos límites de la personalidad, 4 trastornos histriónicos, 3 trastorno de personalidad por dependencia, 1 trastorno antisocial y 1 trastorno obsesivo de la personalidad. Fig. 13.

Evaluamos la presencia en los pacientes con intento de suicidio de ideas de soledad y aislamiento que encontramos en un 81% de ellos, ideación de desesperanza en el 78% de los pacientes y fantasías suicidas presentaron el 77%. Fig. 14.

Características impulsivas presentaron el 72% de los intentos de suicidio, siendo mayor en las mujeres (43) respecto a los hombres (29). Fig.15.

Planificó el intento de suicidio el 30% de los pacientes.

Al estudiar si habían comunicado a alguna persona que se intentarían suicidar encontramos que 33 pacientes lo habían hecho, más las mujeres (21) que los hombres (12).

Respecto a la violencia existente en el intento, el 66% empleó métodos no violentos. El 44% lo realizó con psicófarmacos y el 22% con arma blanca con las que se produjeron heridas superficiales. El 34% restante empleó métodos violentos. De los cuales 12 pacientes intentaron arrojarse al vacío, 9 intento de ahorcamiento, 5 utilizaron armas de fuego, 5 se intoxicaron, 2 intentaron electrocutarse y 1 se inyectó la sustancia acetona. Fig. 16

Mientras en las mujeres predominaron los métodos no violentos, como psicofármacos y heridas superficiales, en los hombres predominaron tanto los métodos no violentos como violentos como psicofármacos, heridas con arma blanca, arrojarse al vació, ahorcamiento, arma de fuego. Fig. 17.
Evaluamos el entorno familiar del paciente que había intentado suicidarse. En el 45% nos encontramos con una familia colaboradora, en el 32% la familia no colaboró, en el 20% la familia presentó una actitud ambivalente y en el 3% el paciente no tenía familia.

En el estudio estimamos los contactos con profesionales de salud mental que el paciente realizó antes del intento de suicidio. El resultado fue que consultó el 61% antes del intento. Estaban en tratamiento psiquiátrico el 52% de los pacientes. De estos pacientes, en 30 de ellos no se habían producido cambios en su tratamiento. Con respecto a los pacientes que realizaron el intento de suicidio posterior a cambios en su tratamiento, encontramos en 16 pacientes cambios de terapeuta, en 10 cambios de medicación, en 3 externaciones y altas en 2 pacientes (en algunos pacientes hubo varios cambios que coincidieron).

Posterior al intento de suicidio consultó por su propia voluntad o accedió a que lo llevaran a la consulta el 92% de los pacientes.

Requirieron internación para su atención psiquiátrica el 82% de los pacientes que realizaron intentos de suicidio.

Con respecto al destino que tuvieron los pacientes para su atención, encontramos que el 70% de ellos fue atendido en el Hospital Alvear. Del resto 4 pacientes permanecieron en hospitales de la red, 3 fueron al Hospital Borda, 4 pacientes al Hospital Moyano, 9 fueron derivados a su obra social, 6 pacientes a consultorios.

Relacionamos en este trabajo la escala de riesgo suicida de California con las internaciones posteriores al intento, con los intentos previos y con la escala de Beck (agrupados en valores leves-moderados y valores graves).

Según los valores obtenidos en la escala de riesgo suicida se los agrupo en un paciente de muy bajo riesgo (valor 1), 6 pacientes de bajo riesgo (valores 2 y 3), 32 pacientes de moderado riesgo (valores 4, 5, 6 y 7), 30 pacientes de alto riesgo (valores 8 y 9) y 31 pacientes de muy alto riesgo (valor 10). Fig. 18.

En relación a las internaciones podemos observar que el paciente de muy bajo riesgo fue internado, los de bajo riesgo 2 pacientes fueron internados y 4 no requirieron internación, de los pacientes de moderado riesgo se internaron 32 y 2 no precisaron internación, los de alto riesgo precisaron internación 24 pacientes y 6 no se internaron y con respecto a los pacientes de muy alto riesgo se internaron 25 y seis no se internaron. Fig. 19.

Al relacionar con los intentos de suicidio previos nos dio: que el paciente de muy bajo riesgo no había tenido intentos previos. De los de bajo riesgo 4 no habían tenido intentos y 2 pacientes habían tenido 2 o más intentos previos. En los de moderado riesgo 17 no tenían intentos, 6 habían realizado un intento y 9 pacientes lo habían intentado 2 o más veces.

Los pacientes de alto riesgo no tenían intentos previos 6, otros 7 pacientes realizaron un intento y 17 lo habían intentado 2 o más veces. Los pacientes de muy alto riesgo se dividieron en 8 que no presentaron intentos previos, 7 pacientes que presentaban un intento previo y 16 que tuvieron 2 o más intentos.

Los resultados de la relación entre las escalas de riesgo suicida de California y la escala de depresión de Beck fueron: el paciente de muy bajo riesgo presentó un Beck leve-moderado. Los de bajo riesgo tuvieron 4 un Beck leve-moderado y 2 pacientes un Beck alto. Los pacientes de moderado riesgo presentaron 21 un Beck leve-moderado y 11 un Beck alto. Los de riesgo alto presentaron 11 un Beck leve-moderado y 19 un Beck alto. En los pacientes de riesgo muy alto el Beck fue leve-moderado en 10 de ellos y dio un Beck alto en 21 pacientes. Fig. 20.

Es observable como coinciden ambas escalas, ya que a valores más altos de riesgo en la de riesgo suicida de California aumentan los valores altos en la escala de depresión de Beck.

Conclusiones

Partiendo de los resultados obtenidos podemos decir que el grupo más afectado está comprendido entre los 22 y 44 años.

Teniendo mayor cantidad de intentos las mujeres con 57% y 43% de hombres, difiriendo de la estadística mundial que dice tener 3 a 1 intentos de mujeres por hombres.

El 65% de los pacientes se encuentran sin pareja, siendo el 38% solteros y 24% son separados.

Con respecto a la actividad laboral el 61% no tiene trabajo al momento de la consulta.

El 71% tiene alguna creencia religiosa.

Como antecedentes familiares se detectó el 43% de enfermedades psiquiátricas en su mayoría depresión. El 25% de los mismos tienen familiares con suicidios consumados correspondiendo el 50% a los padres.

Entre las drogas más utilizadas por miembros de su familia en un 26% de los pacientes corresponde al alcohol, y en menor medida marihuana y cocaína en asociación con otras sustancias.

Pérdidas parentales tempranas por muerte, separación o divorcio de los padres (cambios significativos en su núcleo familiar) originarían mayor probabilidad de tener intentos de suicidios.

La pérdida objetal no resuelta en la infancia conduciría a una incapacidad para soportar pérdidas objétales posteriores según la teoría psicoanalítica.

Hemos encontrado que un alto porcentaje de nuestros pacientes ha sufrido abandonos reiterados.En general, han vivido en ambientes familiares enrarecidos, con perdidas objétales no resueltas, lo cual conduciría a una incapacidad para soportar perdidas posteriores.

Un alto porcentaje de los pacientes (67%) presentan antecedentes de otros intentos anteriores, especialmente el sexo femenino quienes lo reiteran, comunican, planifican más y utilizan métodos no violentos (psicofármacos y armas blancas). Por el contrario, los hombres realizan intentos más violentos, impulsivos, menos planificados y eligen métodos letales entre los que se destacan armas blancas, intoxicación, ahorcamiento, armas de fuego y arrojarse al vacío.

En relación a factores desencadenantes en el sexo femenino se puede señalar conflictiva familiar, separación, ideas delirantes, pérdida de capacidades, etcétera.

En los hombres predominan los factores económicos, familiares, e ideas delirantes.

En la consulta de los pacientes se observan en un tercio de los casos Trastorno Depresivo Mayor recurrente, en un tercio Trastorno Límite de la personalidad y un 16% Esquizofrenia y Trastorno delirante.

Se concluye que el 90% de los pacientes tendrían riesgo moderado a alto y muy alto. El 60% tendría riesgo alto y muy alto.

En relación a la internación se internan los pacientes con riesgo moderado a alto.

Se observa que aquellos pacientes con riesgo alto y muy alto tienen como antecedentes dos intentos anteriores en el 50% de los casos y un porcentaje mayor de intentos de suicidio previos que los de riesgo leve.

Con respecto a la Escala de Beck, la depresión grave corresponderán al riesgo alto muy alto de California.

La conducta terapéutica a seguir va a estar determinada por la evaluación sistemática de los siguientes factores de riesgo:

- Personas que no tienen pareja.

- Hombres que viven solos.

- Antecedentes familiares de suicidio.

- Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica.

- Intentos de suicidios previos.

- Factores desencadenantes: Predominio de lo afectivos o conflictiva familiar en las mujeres.

- Factores desencadenantes: Equilibrio entre lo afectivo y socioeconómicos o laborales en los hombres.

- Factores desencadenantes en ambos sexos: ideas delirantes.

- Ideación depresiva: ideas de soledad, aislamiento, desesperanza, y fantasías suicidas.

- Motivo de consulta: Trastornos afectivos, Trastornos Límite de la personalidad, y Esquizofrenia.

- Alto consumo de alcohol y otras sustancias.

- Escala de Riesgo Suicida de California alta y muy alta.

- Escala de Depresión de Beck grave.

- Cambios recientes en el tratamiento psiquiátrico.

- Falta de contención familiar.

TASA ESPECIFICA DE SUICIDIOS POR CIEN MIL HABITANTES

República Argentina

Año 2001
En población total

En Varones	En Mujeres	En Ambos Sexos
13,41	3,54	8,39

Año 2003
En población total

En Varones	En Mujeres	En Ambos Sexos
14,12	3,56	8,74

Año 2004
En población total

En Varones	En Mujeres	En Ambos Sexos
13,24	3,36	8,20

EN ADOLESCENTES

Las tasas de suicidio adolescente se expresan por cien mil adolescentes de la misma edad y sexo

Edades	Varones	Mujeres	Ambos sexos
	Tasas	Tasas	Tasas
10-14 a.	2,45	1,47	2,52
15-19 a.	16,65	5,60	5,90
20-25 a.	32,16	4,18	9,58

Bibliografía

Abadi, Garma, Ganzano y col. La fascinación de la muerte. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina, 1973.

Bobes García, González Seijo y Sáiz Martínez. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Editorial Masson. Barcelona. España, 1997.

Walter Pöldinger La tendencia al suicidio. Editorial Morata, Madrid, España, 1969.

Albanesi de Nasetta Susana. "Ideación Suicida en jóvenes" Vertex Revista Argentina de Psiquiatría Vol. XII-Nro. 44-Junio-Julio-Agosto 2001.

American Psychiatric Association, Washington D.C. 1994. DSM IV Breviario. Criterios Diagnósticos. Masson. 1995.

Beck, A. et al. "Cross validation of the Sucidal intent Scale". Psychological Reports, 34, 445-446, 1975.

Rodríguez-Pulido. Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio. Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología. 225-243. Editorial Masson. Barcelona. 2000.

Motto, J.A.; Heilbron, D.C. and Juster, J.P., California Risk Estimator for Suicide "Development of a Clinical Instrument to Estir Sicide Risk" AM J Psychiatry,1985,142(6) :680-6.

Rodríguez Garín Eduardo, "Suicidio Consumado por Pacientes Psiquiátricos", Alcmeon 21, Año VIII, Vol 6, Nro. 1, Junio 1997.

Notas al pie:

1 Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear " Warnes 2630, Ciudad de Bs. As. Colaboradores: Dra. Fuks Liliana, Dr. Kohl Alejandro, Lic. Cabrera Flavia

2 Jefe de Guardia de día Hospital Alvear; E-mail: aargpsibio@reme.com.ar
3 Médico Psiquiatra Hospital Alvear;
4. Licenciada en Psicología Hospital Alvear.

Capítulo 3
Psicoeducación en los trastornos bipolares: un tratamiento consolidado y eficaz

Francesc Colom, Sergio A. Strejilevich y Eduard Vieta

INTRODUCCIÓN

Si hay un campo de la psiquiatría cuyo tratamiento ha tenido un avance espectacular en los últimos diez años, éste es, sin duda, el trastorno bipolar; a los avances en los tratamientos farmacológicos (véase, por ejemplo, Vieta 2003, 2004) hay que añadir un "período dorado" de la investigación sobre tratamientos psicológicos en los trastornos bipolares. Hasta 1999 había un tremendo vacío de investigación sobre la utilidad de las intervenciones psicológicas para los pacientes bipolares, que contrastaba con los avances en psicoterapia y rehabilitación cognitiva que tenían lugar en otras enfermedades psiquiátricas graves (depresión unipolar o esquizofrenia, por ejemplo), por una parte, y con la calidad de la investigación clínica y farmacológica en los propios trastornos bipolares. A partir de 1999, sin embargo, este panorama cambia radicalmente con la publicación, en poco más de tres años, de varios ensayos clínicos aleatorizados sobre intervenciones psicoterapéuticas para personas afectadas por trastornos bipolares en revistas de primer nivel internacional (Perry y col., 1999; Lam y col., 2003; Colom y col., 2003a,b).

En la actualidad, los clínicos disponemos de varias intervenciones psicológicas perfectamente evaluadas que han mostrado su eficacia en la mejora de la evolución de los pacientes bipolares. Entre todas ellas, la psicoeducación en grupo posee varias ventajas prácticas añadidas, ya que a su gran eficacia (Colom y col., 2003a,b) une su perfecta integración en el modelo médico de la enfermedad bipolar (Colom y col., 1998; Colom y Lam, 2005; Scott y Colom, 2005), su bajo costo por ser un tratamiento limitado en el tiempo y que se imparte en grupo, y su alta aplicabilidad y generalización, ya que es un tratamiento para el que no hace falta definir a priori un subtipo de paciente según rasgos de carácter, preferencias o cociente intelectual. Por otra parte, la psicoeducación integra en un mismo tratamiento los aspectos más relevantes del resto de los tratamientos psicológicos evaluados para el trastorno bipolar: la detección precoz de síntomas (Perry y col., 1999), la regularización de hábitos (Frank, 1999), la mejora del cumplimiento terapéutico (Scott y Tacchi, 2002; Colom y col., 2005a) y el manejo de síntomas y la resolución de problemas (Lam y col., 2003). Además, el modelo psicoeducativo se complementa perfectamente con la psicoeducación familiar, un aspecto crucial en el manejo de los pacientes bipolares (Miklowitz y col., 2003). Finalmente, otras enfermedades no psiquiátricas se benefician con tratamientos similares, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares (Linden, 2000), la diabetes (Olmsted y col., 2002) o el asma (Durna y Ozcan, 2003).

Revisando la literatura encontramos varios ejemplos de buenos estudios sobre psicoeducación, aunque, por desgracia, las medidas de eficacia utilizadas difieren enormemente. Distintos estudios (van Gent y col., 1988) utilizan como medida de eficacia la opinión del paciente respecto del propio tratamiento. Evidentemente, no consideramos la opinión del paciente como una buena medida de eficacia, aunque sin duda es un dato interesante respecto de la factibilidad de un programa determinado. Otros estudios (Peet y Harvey, 1991) miden los cambios logrados

en el conocimiento del paciente acerca de su enfermedad, pero no miden su repercusión sobre la evolución posterior, con lo que no podemos conocer el valor terapéutico real de la intervención. La medida de eficacia terapéutica debe ser, como en el caso de los fármacos, algún parámetro clínico objetivable, que dé una idea exacta sobre la repercusión de determinada información en la evolución de determinada enfermedad. En el tratamiento de mantenimiento de los trastornos bipolares, la mejor medida es, sin duda alguna, el número de recaídas y hospitalizaciones más que otras medidas indirectas en forma de escalas o manifestaciones subjetivas del paciente.

MEJORA DEL CUMPLIMIENTO

El mal cumplimiento terapéutico es un problema muy común entre los pacientes bipolares (Colom y col., 2000; Colom y col., 2005), en el que el psicólogo tiene un espacio de intervención muy claro. Uno de los objetivos de cualquier intervención psicológica en los trastornos bipolares debe ser la mejora de la adhesión al tratamiento psiquiátrico. Con ello logramos mejorar la eficacia de los tratamientos farmacológicos y, lo que es más importante, mejorar la evolución de nuestros pacientes y reducir el riesgo autolítico (Colom y Vieta, 2002). Los estudios de mejora de adherencia en trastornos bipolares son, hasta el momento, algo escasos y poco contundentes: el estudio de Cochran (1984) en el que se midió la eficacia de la intervención cognitiva centrada en el cumplimiento ofrece resultados convincentes, pero algo limitados por el reducido tamaño de la muestra (n = 28). Estudios posteriores sufren de un mal similar (Scott y Tacchi, 2002). El uso de una intervención breve de carácter psicoeducativo realizada con parejas de pacientes bipolares (Clarkin, 1998) ofrece también buenos resultados sobre el nivel de cumplimiento. Nuestros propios datos (Colom y col., 2005b) muestran cómo la psicoeducación mejora el cumplimiento de los pacientes que toman litio: las litemias a los dos años de seguimiento eran superiores y más estables en el grupo de pacientes psicoeducados (fig. 3-1).

A partir de estos datos podemos afirmar que la intervención psicológica podría ser eficaz en la mejora del cumplimiento farmacológico, aunque falta algún estudio con muestras de mayor tamaño para ser más contundentes en esta aserción.

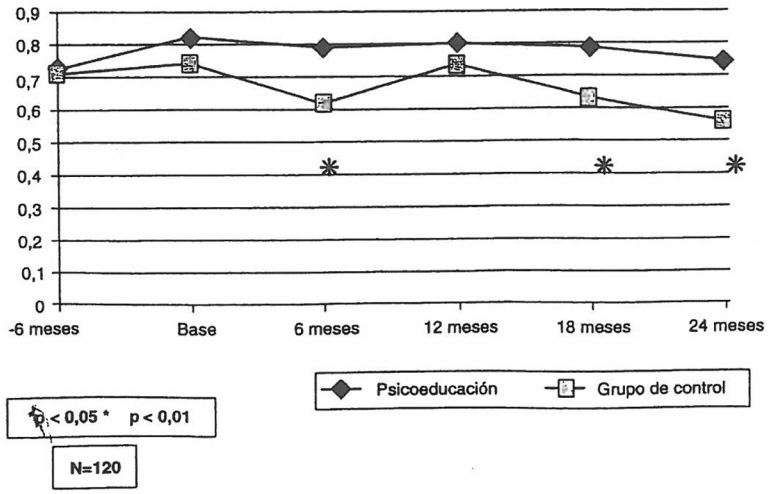


Fig. 3-1. Niveles séricos de litio en pacientes con y sin educación.

Cuadro 3-1. **Sesiones del programa psicoeducativo para el trastorno bipolar de Barcelona**

1. Introducción
2. ¿Qué es la enfermedad bipolar?
3. Factores etiológicos y desencadenantes
4. Síntomas (I): manía e hipomanía
5. Síntomas (II): depresión y episodios mixtos
6. Evolución y pronóstico
7. Tratamiento (I): estabilizadores del estado de ánimo
8. Tratamiento (II): antimaníacos
9. Tratamiento (III): antidepresivos
10. Niveles plasmáticos: litio, carbamazepina y valproato
11. Embarazo y consejo genético
12. Psicofarmacología frente a terapias alternativas
13. Riesgos asociados con el abandono del tratamiento
14. Sustancias psicoactivas: riesgos en la enfermedad bipolar
15. Detección temprana de los episodios maníacos e hipomaníacos
16. Detección precoz de los episodios depresivos y mixtos
17. ¿Qué hacer cuando se detecta una nueva fase?
18. Regularidad
19. Técnicas para el control del estrés
20. Estrategias de solución de problemas
21. Sesión final

DETECCIÓN DE PRÓDROMOS DE RECAÍDA

El psicólogo clínico tiene una función clara y definida en el tratamiento de los pacientes bipolares, en especial cuando el paciente está eutímico, y el más importante de los objetivos de su intervención es la prevención de recaídas. Para lograr una mejor prevención de recaídas es esencial la mejora del cumplimiento terapéutico, pero otro aspecto tanto o más fundamental es enseñarle al paciente a detectar temprano sus recaídas para permitir una pronta intervención. En este aspecto existen datos muy sólidos, con estudios con una muestra suficiente, tratamientos altamente estructurados y diseños caracterizados por una metodología muy rigurosa. Quizás el mejor estudio sobre intervención psicológica individual en trastornos bipolares es el de Perry y col. (1999). El tipo de intervención utilizado en ese trabajo comprendía un número variable de sesiones –entre siete y doce– en las que el terapeuta, con un abordaje claramente psicoeducativo, ayudaba al paciente a identificar cuáles eran sus señales de recaída más habituales. Los resultados indican que los pacientes del grupo de tratamiento (n = 34) tardaban más tiempo en presentar una recaída maníaca y, al final del seguimiento, presentaban menos recaídas maníacas que el grupo control (n = 35). No parecía haber efecto alguno de prevención de los episodios depresivos. Nuestro grupo (Colom y col., 2003a), en el marco de un programa psicoeducativo que explicaremos más adelante, llevó a cabo una intervención en grupo destinada a mejorar la identificación de las señales de recaída. Los resultados a los dos años de seguimiento eran positivos para el grupo de tratamiento (n = 60) comparados con el grupo control de intervención no estructurada (n = 60): los pacientes tratados presentaban un número significativamente menor de episodios de manía/hipomanía, mixtos y depresivos y una duración mayor de los períodos de eutimia previos a la primera recaída tras el tratamiento psicológico. Dado que nuestra intervención no se centraba únicamente en la detección de pródromos, sino que también abordaba aspectos de cumplimiento y regularidad de hábitos, a partir de nuestros datos no podemos afirmar en forma concluyente que la detección de pródromos sea eficaz. Para afinar en este sentido y separar el peso

de cada intervención diseñamos un estudio similar al descrito en el que se utilizó como muestra una población de bipolares con probado buen cumplimiento, para poder afirmar que, si hubiera alguna mejora clínica tras el tratamiento, ésta no sería atribuible a la mejora de la adhesión. Los resultados (Colom y col., 2003b) también fueron positivos. Los 25 pacientes bipolares I incluidos en el grupo de tratamiento tuvieron un curso significativamente mejor que los 25 pacientes bipolares I incluidos en el grupo control, que solo recibían un tratamiento no estructurado. Dado que estos pacientes eran todos buenos cumplidores, descartamos que dicha mejora estuviera en relación con un cambio en los hábitos de adhesión: el factor que mejoraba la evolución de los pacientes tratados era, básicamente, su capacidad superior para detectar las señales de recaída en forma precoz.

Existen, por lo tanto, dos estudios de alta calidad que demuestran la eficacia de intervención psicológica en detección de pródromos (Perry y col., 1999; Colom y col., 2003b) como intervención exclusiva y uno (Colom y col., 2003a) que señala su eficacia como parte de un programa más amplio de psicoeducación.

¿CÓMO IMPARTIR LA PSICOEDUCACIÓN?

Nuestra experiencia y nuestros resultados de eficacia profiláctica de la psicoeducación son francamente positivos. Utilizamos un programa de 21 sesiones (cuadro 3-1) –para más información, véase Colom y Vieta, 2004a–, a razón de una sesión semanal de 90 minutos. Los grupos están formados por entre 8 y 14 pacientes bipolares y por lo general no dividimos a los pacientes por subtipos I o II. El programa lo imparten dos psicólogos con experiencia en el tratamiento de pacientes bipolares y en el manejo de grupos de pacientes. El estilo es evidentemente directivo, aunque con frecuencia se anima a los pacientes a participar con observaciones o preguntas, o compartiendo sus experiencias con la enfermedad. Al final de cada sesión se entrega un documento que resume los contenidos de ésta. Los contenidos de las sesiones están definidos a priori, aunque se dará mayor o menor énfasis a unos u otros con dependencia del perfil de nuestros pacientes y de sus intereses. El programa tiene una duración de unos seis meses y, a pesar de ello, el cumplimiento es relativamente bueno, ya que la tasa de abandonos se sitúa cerca del 25%, una cifra habitual en cualquier psicoterapia. Trabajar con un programa largo supone, además, varias ventajas, entre las que queremos destacar:

1. **Calidad de los contenidos:** un programa de 6 meses permite abordar muchos temas de interés, sin que se deje en el tintero prácticamente ningún aspecto relevante ni que ningún aspecto se dé por sabido, error que a menudo se comete en los grupos cortos.
2. **Participación:** el programa de 6 meses permite una mayor participación de los pacientes, que contribuye de manera decisiva a un mejor aprendizaje de los contenidos, mejora la dinámica del grupo, probablemente disminuye el estigma y la sensación de aislamiento y mejora el cumplimiento del propio tratamiento psicoeducativo.
3. **Cohesión:** 21 semanas de contacto permiten, entre otras cosas, que el grupo esté fuertemente cohesionado y que los pacientes se sientan lo suficientemente confiados para hacer preguntas o comentarios que quizás no harían en otros contextos. El simple hecho de conocer a otras personas que padecen un trastorno bipolar y poder compartir experiencias durante 6 meses suele ser muy positivo para vencer la vivencia de aislamiento y estigma que suelen padecer los pacientes bipolares, manifestada a menudo con frases como "soy un bicho raro", "nadie sufre como yo" o "nadie puede entender lo que yo he pasado".
4. **Modelado:** el contacto frecuente con los demás miembros del grupo facilita que los pacientes ejerzan entre sí un efecto de "modelado", es decir, que cada uno aprenda de los errores del otro o bien que incorpore a su repertorio conductas saludables de sus compañeros de grupo. En un grupo de corta duración, los pacientes difícilmente pueden llegar a este nivel de aprendizaje de pares.

5. **Encarrilamiento:** uno de los mejores predictores de buen pronóstico en el caso de los trastornos bipolares es, sin lugar a dudas, la evolución previa inmediata. Es decir, la evolución clínica del paciente en el último año nos ayuda a pronosticar la evolución durante el año siguiente: cuanto más tiempo lleve eutímico un paciente, menos probable es que sufra una recaída, aunque esta probabilidad nunca será cero. En este sentido, un programa largo de psicoeducación que asegure, al menos durante los seis meses que dura el tratamiento, un buen cumplimiento farmacológico, un manejo adecuado de los síntomas, hábitos regulares y que evite el consumo de tóxicos, asegura también, en muchos casos, que un paciente determinado va a permanecer eutímico al menos mientras dure el tratamiento, aunque sea por el sólo hecho de la frecuencia de las visitas, el compromiso con el terapeuta y los compañeros u otros factores en principio ajenos a la propia psicoeducación. Es decir, el tratamiento psicoeducativo de larga duración brinda a muchos pacientes un "efecto de encarrilamiento", en el sentido de que, al menos durante seis meses, tendrá más probabilidades de permanecer eutímico, lo que va a tener un efecto positivo sobre la evolución de su enfermedad al menos durante el siguiente medio año.

¿QUÉ NO ES PSICOEDUCACIÓN?

Es habitual encontrar aspectos equívocos o cierta subestimación respecto de la psicoeducación que llevan a confundir este tratamiento con aspectos parciales de él o abordajes que presentan solo algunos elementos en común. La más frecuente de estas confusiones es creer que un programa psicoeducativo consiste en brindar información sobre la enfermedad o, en los casos extremos, creer que se limita a informar sobre su diagnóstico a la persona que está en tratamiento (acción que simplemente es secundaria a un derecho constitucional de toda persona que recibe tratamiento médico). Si bien ofrecer información sobre la enfermedad y el tratamiento es un recurso que debería implementarse de rutina y se ha evaluado como positivo y útil para el manejo de la enfermedad por parte de personas afectadas por trastornos bipolares (Strejilevich, 2003), la psicoeducación claramente va más allá de la simple transmisión de información al paciente, lo cual quedaría cubierto por los distintos libros de divulgación para pacientes (Vieta y Colom, 2003, por ejemplo). Durante un programa psicoeducativo, la información sobre la enfermedad se utiliza como un recurso –que se suma a otros como el trabajo en grupo– destinado a generar cambios cognitivos y conductuales que aumenten la efectividad que tiene la persona afectada para enfrentar los problemas emergentes de su enfermedad. La psicoeducación podría considerarse como un procedimiento más cercano a un entrenamiento práctico que a un proceso pasivo de recepción de información específica. Por ello, no es de extrañar que programas en extremo cortos –cuatro o cinco sesiones– en los que únicamente se da lugar a una "psicoeducación informativa" no ofrezcan resultados palpables, mientras que los programas altamente estructurados, coordinados por profesionales y con una extensión limitada pero suficiente son capaces de generar y consolidar notables cambios cognitivos esperados (véase antes), pero también conductuales (regularización de hábitos, mejora del cumplimiento, etc). Es habitual observar durante la implementación de los programas psicoeducativos ejemplos tangibles de la diferencia que existe entre poseer determinada información y poder implementarla de manera provechosa. Muchas veces algunos contenidos, pese a haber sido comprendidos en términos teóricos por los participantes, deben ser repetidos y "trabajados" a lo largo del programa psicoeducativo para lograr que se puedan implementar en forma práctica en el marco de las verdaderas dificultades que estas personas deben afrontar.

Otro error habitual es confundir los programas psicoeducativos con grupos de autoayuda o grupos emergentes de asociaciones de usuarios. Estos grupos no suelen implicar ningún programa estructurado y en su formato habitual están coordinados por los propios usuarios sin que exista ninguna restricción respecto del estado sintomático del

participante para su inclusión en ellos. Si bien pueden generar cambios, como cierto modelado –aunque no necesariamente positivo–, y disminuir el estigma de la enfermedad por promover el contacto con personas que comparten el mismo problema, la eficacia de estas intervenciones no se ha evaluado de manera adecuada y datos surgidos de encuestas a usuarios reflejan que para más de la mitad de las personas que han participado en estos grupos la experiencia no es valorada como positiva (Strejilevich, 1999).

LÍMITES Y DEUDAS ACTUALES DE LA PSICOEDUCACIÓN

Es probable que el límite más evidente que en la actualidad presentan los programas psicoeducativos es la necesidad de que las personas que los inicien se encuentren eutímicas. Este punto no es en absoluto banal: por un lado, la presencia de sintomatología depresiva altera claramente el funcionamiento cognitivo del paciente, su capacidad de comprender y asimilar la información (Martínez-Arán y col., 2004) y, por lo tanto, de aprovechar su participación en el programa. En el otro extremo se encuentra el paciente maníaco, cuyas distractibilidad, expansividad, jovialidad o irritabilidad pueden distorsionar seriamente el funcionamiento del grupo, independientemente de que su capacidad para comprender en forma correcta la información quede más que en entredicho. Otro límite posible es que los programas psicoeducativos que han mostrado eficacia en estudios controlados se han desarrollado dentro de un abordaje grupal, a excepción del citado estudio de Liverpool (Perry y col., 2003), en el que la intervención era individual, si bien la profilaxis resultante no era tan potente. Esto limita los alcances de esta intervención en personas que por patología comórbida (p. ej., fobia social) u otras cuestiones particulares presenten dificultades para desempeñarse en grupos amplios o en aquellas situaciones en las que resulte complejo conformar grupos con el número adecuado de participantes (p. ej., centros en pequeñas comunidades o con dificultades dadas por la distancia). Es de esperar que en los próximos años se desarrollen intervenciones psicoeducativas que se adapten a situaciones clínicas en las que todavía no se haya consolidado la estabilización clínica y se pongan a prueba programas psicoeducativos individuales o diseñados para pequeños grupos.

A la psicoeducación se le podrían adjudicar dos deudas; por un lado, la información respecto de su impacto sobre las capacidades funcionales y la calidad de vida es comparativamente menor respecto de la disponible sobre su probada eficacia en la disminución del número de recaídas y adhesión al tratamiento. Sin embargo, hay que aceptar que en este punto la psicoeducación comparte esta falta de información con el resto de los estabilizadores del ánimo, ya que los datos disponibles sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos en mejorar la calidad de vida y las capacidades funcionales son claramente insuficientes y no concluyentes (Bowden, 2005). Por otro lado, hasta ahora no se conocen cuáles son los procesos biológicos involucrados en la eficacia de este abordaje psicoterapéutico, aunque hay que aceptar que en este punto, de nuevo, la deuda es compartida con los estabilizadores farmacológicos, ya que su mecanismo íntimo de acción también es prácticamente desconocido.

PSICOEDUCACIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES BIPOLARES

Tan importante como enseñar a nuestros pacientes a convivir con su enfermedad, manejar sus síntomas y entender la necesidad de tratamiento, es hacer el mismo proceso con la familia, que puede ser un poderoso aliado terapéutico o una rémora insalvable, según su compromiso en el tratamiento del paciente. El trastorno bipolar no sólo afecta al paciente que lo padece sino también a las personas con las que convive, quienes no solo sufren las consecuencias de la enfermedad sino que acaban adoptando la función de cuidadoras. Recientemente, Dore y Romans (2001) han destacado el impacto que la convivencia con pacientes bipolares tenía sobre el trabajo de los cuidadores, su situación económica, aspectos legales, relaciones de pareja, relaciones maritales, crianza de los hijos,

DR. D. WILIAM PERINOT
MÉDICO
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
M.P. 36492

relaciones sociales y actividades de ocio. Son varios los estudios que han hallado tasas elevadas de carga experimentada por familiares de pacientes con trastorno bipolar (Chakrabarti y col., 1992; Perlick y col., 1999). Estos hallazgos cobran todavía más relevancia a partir de los resultados del estudio de Perlick y col. (2001) que señalaban que la carga del cuidador podía predecir la evolución clínica de pacientes con trastorno bipolar.

Resulta evidente, por lo tanto, que la enfermedad del paciente y el funcionamiento familiar se influyen mutuamente. La importancia del estrés ambiental en la evolución del trastorno bipolar, la carga experimentada por los familiares que conviven con el paciente y la demanda de las familias de recibir más información sobre el trastorno y sus estrategias de afrontamiento son algunas de las razones que fundamentan la introducción de intervenciones psicoeducativas centradas en la familia del paciente bipolar (Reinares y col., 2002a). Hasta el momento, diversos estudios sugieren que la intervención familiar junto con el tratamiento farmacológico constituye un recurso eficaz para mejorar la evolución de los pacientes bipolares. La intervención familiar de tipo psicoeducativo pretende dotar a las familias de una serie de conocimientos que permitan mejorar su comprensión sobre la enfermedad, así como facilitar ciertos cambios en sus actitudes y conductas que optimicen las estrategias de afrontamiento ante el trastorno (Reinares y col., 2002b).

Algunos trabajos han señalado el efecto de la intervención familiar sobre la reducción del número de recaídas (Miklowitz y Goldstein, 1990; Miklowitz y col., 2000) o de ingresos (Davenport, 1977). Sin duda alguna, el estudio de Miklowitz y col. (2000) es el que más se destaca por su rigor metodológico: pacientes bipolares, tras un episodio agudo, fueron asignados en forma aleatoria a una intervención familiar (n = 31) que consistía en psicoeducación, entrenamiento en habilidades de comunicación y entrenamiento en resolución de problemas o al tratamiento habitual con dos sesiones educativas (n = 70). Los resultados sugieren que la intervención familiar permite reducir el número de recaídas y mejora la sintomatología depresiva, aunque no la maníaca. Los cambios más sustanciales se obtuvieron en familias de alta emoción expresada.

Otros resultados indican que la psicoeducación familiar permite reducir la emoción expresada (Honig y col., 1995, 1997). Este aspecto cobra relevancia si se tienen en cuenta los estudios que han relacionado la presencia de una emoción expresada elevada en los familiares con una frecuencia mayor de recaídas en los pacientes (Miklowitz y col., 1988; Priebe y col., 1989; Mino y col., 2001). No obstante, al analizar la influencia de las actitudes familiares sobre el curso de la enfermedad, hay que tener presente la dificultad para distinguir entre causas y efectos.

También se ha señalado la eficacia de la intervención familiar sobre la mejoría de la sintomatología y del funcionamiento sociolaboral de los pacientes (Clarkin y col., 1990; Glick y col., 1993), así como su influencia en la mejora del funcionamiento global y de la adherencia terapéutica de los pacientes (Clarkin y col., 1998); esta última podría estar relacionada con la actitud de los familiares hacia la farmacoterapia durante la intervención (Clarkin y col., 1990).

Los estudios mencionados sugieren la influencia positiva de la intervención familiar sobre el curso de los pacientes bipolares; no obstante, todavía resultan escasos y presentan múltiples déficit metodológicos, como el tamaño reducido de las muestras y su heterogeneidad, la escasa duración de los períodos de seguimiento y la ausencia de control sobre determinadas variables (comorbilidad, patología de los familiares, acontecimientos vitales, tratamiento farmacológico) que podrían condicionar la evolución de los pacientes. El estado sintomático de los pacientes es muy variable entre los diferentes estudios, aunque en su mayoría se centran en pacientes hospitalizados recientemente. Asimismo, también resulta muy diverso el número de sesiones que constituyen cada intervención. Para poder generalizar los resultados obtenidos sería fundamental incrementar el número de estudios de mayor rigor metodológico y evaluar con mayor precisión no solo el tipo de intervención que resulta más eficaz, sino también cuáles son las variables sobre las que conviene incidir para lograr el efecto deseado.

CONCLUSIONES

El modelo psicoeducativo supera la obsoleta y tediosa dualidad entre tratamiento farmacológico y tratamiento psicológico, gracias a su indiscutible eficacia profiláctica y su integración armónica en el modelo médico de la enfermedad mental (Colom y Vieta, 2004b). No se trata de quitar peso al tratamiento farmacológico, todo lo contrario, se trata de facilitar su actuación (Vieta y col., 2005). Demasiadas veces la figura del psicólogo ha pasado por ser la de un profesional "menor" (a pesar de su tamaño, en algunos casos) que aborda aspectos "marginales" del paciente (adaptación a la enfermedad, bienestar, habilidades sociales). La evidencia demuestra que esto no es exactamente así: la psicoeducación es útil para abordar aspectos centrales –síntomas, recaídas– de la enfermedad bipolar, siempre junto con el tratamiento farmacológico. El trastorno bipolar es una enfermedad compleja y su manejo óptimo debe adaptarse a esta complejidad, que implica tanto un buen dominio del arsenal farmacológico disponible como de las técnicas complementarias –los tratamientos psicológicos– ambos con un mismo objetivo: la mejoría de la evolución de nuestros pacientes. Incorporar la psicoeducación en el tratamiento especializado y de calidad de los pacientes bipolares ha dejado de ser una opción más para pasar a ser una cuestión de buena praxis médica (Colom y Vieta, 2004b). Por derecho propio, y por sentido común, aunque este argumento es menos sólido, la psicoeducación ocupa un lugar destacado en las más importantes guías clínicas de tratamiento de los trastornos bipolares (Goodwin y col., 2003). Sus ventajas respecto de otros abordajes son incuestionables; si bien la terapia cognitivo-conductual ha obtenido resultados destacables (Lam y col., 2003), también es cierto que hay estudios que muestran incluso un empeoramiento de la evolución con el empleo de la misma técnica (Scott y col., 2006), que por otra parte es mucho más compleja y cara que la psicoeducación, que queda, por lo tanto, como el único abordaje psicológico que facilita una prevención de todo tipo de fases, previene la rehospitalización de los pacientes más agudos –el lamentablemente famoso fenómeno de "puerta giratoria"– y mejora el rendimiento de los estabilizadores, algo que ninguna otra técnica ha sido capaz de demostrar. Con toda esta evidencia, nos permitimos cerrar el capítulo con una pregunta desafiante, que no descartamos que inquiete a más de uno: ¿acaso no es de mala praxis no incorporar la psicoeducación al tratamiento habitual de sus pacientes bipolares? No conteste, actúe.

REFERENCIAS

Bowden C. Bipolar disorder and work loss. Am J Manag Care 2005;11:591-4.

Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. Psychother Psychosom Acta Psychiatr Scand 1992;86:247-52.

Clarkin JF, Glick ID, Haas GL, Spencer JH, Lewis AB, Peyser J, et al. A randomized clinical trial of inpatient family intervention: V. Results for affective disorders. J Affect Disord 1990;18:17-28.

Clarkin JF, Carpenter D, Hull J, Wilner P, Glick I. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. Psychiatr Serv 1998; 49:531-3.

Cochran SD. Preventing medical noncompliance in outpatient treatment of bipolar disorders. J Consult Clin Psychol 1984;52:873-78.

Colom F, Lam D. Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. Eur Psychiatry 2005;20:359-64.

Colom F, Vieta E, Martínez A, Jorquera A, Gastó C. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? Psychother Psychosom 1998;67:3-9.

Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Gastó C. Clinical factors associated to treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. J Clin Psychiatry 2000;61:549-54.

Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry 2003a;60:402-7.

Colom F, Vieta E, Reinares M, Martínez-Arán A, Torrent C, Goikolea JM, Gastó C. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders beyond compliance enhancement. J Clin Psychiatry 2003b; 64:1101-05.

Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Scott J. Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. Bipolar Disord 2005b;7: (Suppl 5):32-6.

Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sánchez-Moreno J, Scott J. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. Bipolar Disord 2005a;7 (Suppl 5):24-31.

Colom F, Vieta E (Invited Guest Editors). Non-adherence in psychiatric disorders: misbehavior or clinical feature? Acta Psychiatr Scand 2002;105(3):161-3.

Colom F, Vieta E. A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. Bipolar Disord 2004b;6:480-6.

Colom F, Vieta E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Barcelona: Ars Médica; 2004a.

Davenport YB, Ebert MH, Adland ML, Goodwin FK. Couple group therapy as an adjunct to lithium maintenance of the manic patient. Am J Orthopsychiatry 1977;47:495-502.

Dore G, Romans SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. J Affect Disord 2001;67:147-58.

Durna Z, Ozcan S. Evaluation of self-management education for asthmatic patients. J Asthma 2003;40:631-43.

Frank E, Swartz HA, Mallinger AG, Thase ME, Weaver EV, Kupfer DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. J Abnorm Psychol 1999; 108:579-87.

Glick ID, Clarkin JF, Haas GL, Spencer JH. Clinical significance of inpatient family intervention: conclusions from a clinical trial. Hosp Community Psychiatry 1993;44:869-73.

Goodwin F, for the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for treating recommendations from British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacoly 2003;17:149-73.

Honig A, Hofman A, Hilwig M, Noorthoorn E, Ponds R. Psychoeducation and expressed emotion in bipolar disorder, preliminary findings. Psychiatr Res 1995;56:299-301.

Honig A, Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P. Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. Psychiatr Res 1997;72:17-22.

Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright JA, Wright K, Kerr N, et al. A Randomized Controlled Study of Cognitive Therapy for Relapse Prevention for Bipolar Affective Disorder. Outcome of the first year. Arch Gen Psychiatry 2003;60:145-52.

Linden W. Psychological treatments in cardiac rehabilitation: review of rationales and outcomes. J Psychosom Res 2000; 48: 443-54.

Martínez-Arán A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J, et al. Cognitive function across with (hypo)manic, depressed, and euthymic states in bipolar disorders. Am J Psychiatry 2004;161:262-70.

Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Snyder KS, Mintz J. Family factors and the course of bipolar affective disorder. Arch Gen Psychiatry 1988;45:225-31.

Miklowitz DJ, Goldstein MJ. Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder. Behav Modif 1990;14:457-89.

Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N, Suddath R. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. Biol Psychiatry 2000;48:582-92.

Mino Y, Shimodera Sh, Inoue Sh, Fujita H, Tanaka Sh, Kanazawa S. Expressed emotion of families and the course of mood disorders: a cohort study in Japan. J Affect Disord 2001;63:43-9.

Olmsted MP, Daneman D, Rydall AC, Lawson ML, Rodin G. The effects of psychoeducation on disturbed eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus. Int J Eat Disord 2002; 32:230-9.

Peet M, Harvey NS. Lithium maintenance: I. A standard education program for patients. Br J Psychiatry 1991;158:197-200.

Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, Raue P, Greenfield S, Struening E, Rosenheck R. Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. Br J Psychiatry 1999;175:56-62.

Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, Raue P, Sirey PH. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. J Nerv Ment Dis; 2001;189:31-7.

Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. BMJ 1999;318:149-53.

Priebe S, Wildgrube C, Müller-Oerlinghausen B. Lithium prophylaxis and expressed emotion. Br J Psychiatry 1989;154:396-9.

Reinares M, Colom F, Martínez-Arán A, Benabarre A, Vieta E. Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. Psychother Psychosom 2002a;71:2-10.

Reinares M, Vieta E, Colom F, Torrent C, Comes M, Benabarre A y col. Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el trastorno bipolar. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2002b;29(2):97-105.

Scott J, Colom F. Psychosocial treatments for bipolar disorders. Psychiatr Clin North Am 2005;28:371-84.

Scott J, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, et al. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: Randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2006;188:313-20.

Scott J, Tacchi MJ. A pilot study of concordance therapy for individuals with bipolar disorders who are non-adherent with lithium prophylaxis. Bipolar Disord 2002;4:386-92.

Strejilevich S, Garcia Bonetto G, Chan Mónica, Galeno R y col. Problemas actuales respecto del diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar en nuestro medio: experiencia y opinión de los usuarios. Pren Méd Argent 1999;86:823-30.

Strejilevich S, Retamal Carrasco P. Percepción del impacto y el proceso diagnóstico del trastorno bipolar en personas en tratamiento en centros de Argentina y Chile. Vertex 2003;14(54):245-52.

Van Gent EM, Vida SL, Zwart FM. Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. Acta Psychiatr Belg 1988;88:405-18.

Vieta E, Colom F. Convivir con el trastorno bipolar. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.

Vieta E, Pacchiarotti I, Scott J, Sanchez-Moreno J, Di Marzo S, Colom F. Evidence-based research on the efficacy of psychologic interventions in bipolar disorders: a critical review. Curr Psychiatry Rep 2005;7:449-455.

Vieta E. Maintenance therapy for bipolar disorder: current and future management options. Expert Rev Neurother 2004; 4 (Suppl 2):35-42.

Vieta E. Novedades en el Tratamiento de los Trastornos Bipolares. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.

18. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES

MÓNICA RAMÍREZ-BASCO y MICHAEL E. THASE

I. ¿QUÉ ES EL TRASTORNO BIPOLAR?

El trastorno bipolar es un trastorno mental grave, recurrente e incapacitante. Se caracteriza por episodios de depresión y manía durante los cuales ocurren cambios extremos en el estado de ánimo, las cogniciones y las conductas. Según la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* (APA, 1994), el trastorno bipolar I se define como la ocurrencia de al menos un episodio maníaco o mixto. Los individuos que padecen el trastorno bipolar I normalmente experimentan también episodios de depresión mayor durante el curso de su trastorno. Los cuadros 18.1, 18.2 y 18.3 resumen los criterios del *DSM-IV* para los episodios maníaco, depresivo mayor y mixto, respectivamente.

Aunque este capítulo se centra en la terapia de conducta cognitiva para el tratamiento del trastorno bipolar I, existen otras variaciones del trastorno bipolar que merece la pena resaltar. Así, podemos señalar especialmente al trastorno

CUADRO 18.1. *Criterios del* DSM-IV *para el episodio maníaco*

A. Un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana o requiere hospitalización.
B. Tres o más de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es irritable):
   1. Autoestima o grandiosidad excesivas.
   2. Disminución de la necesidad de dormir.
   3. Más hablador de lo habitual o necesita hablar continuamente.
   4. Fuga de ideas o pensamientos que se suceden a gran velocidad.
   5. Distraibilidad.
   6. Aumento de la actividad o agitación psicomotora.
   7. Implicación excesiva en actividades que conllevan riesgo.
C. No existe un episodio mixto.
D. Deterioro del funcionamiento o necesidad de hospitalización.
E. No se debe a una enfermedad, al abuso de sustancias psicoactivas o a tratamientos antidepresivos.

Fuente: Adaptado del *DSM-IV* (APA, 1994).

University of Texas (EE UU) y University of Pittsburg (EE UU), respectivamente.

CUADRO 18.2. *Criterios del* DSM-IV *para el episodio depresivo mayor*

A. Cinco o más síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas (durante la mayor parte del tiempo) incluyendo un estado de ánimo deprimido o una pérdida del interés o de la capacidad para el placer. Los síntomas representan un cambio con respecto a los niveles previos de funcionamiento y no se deben a una enfermedad médica o a síntomas psicóticos:
   1. Estado de ánimo deprimido.
   2. Notable disminución del interés o del placer.
   3. Un cambio significativo (aumento o disminución) en el apetito y/o en el peso.
   4. Insomnio o hipersomnia.
   5. Retardo o agitación psicomotores.
   6. Pérdida de energía o fatiga.
   7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
   8. Indecisión o disminución de la capacidad para concentrarse.
   9. Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio o intento de suicidio.
B. No existe un episodio mixto.
C. Los síntomas provocan un deterioro en el funcionamiento o un malestar clínicamente significativo.
D. No se debe a una enfermedad ni al abuso de sustancias psicoactivas.
E. No hay duelo.

Fuente: Adaptado del *DSM-IV* (APA, 1994).

CUADRO 18.3. *Criterios del* DSM-IV *para el episodio mixto*

A. Durante el período de una semana, se satisfacen los criterios del episodio maníaco y del episodio depresivo mayor.
B. Deterioro del funcionamiento o necesidad de hospitalización.
C. No se debe a una enfermedad, al abuso de sustancias psicoactivas o a tratamientos antidepresivos.

Fuente: Adaptado del *DSM-IV* (APA, 1994).

bipolar II, en el que el individuo experimenta episodios recurrentes de depresión mayor y de hipomanía (véase cuadro 18.4) y el trastorno esquizoafectivo, tipo bipolar, en el que el individuo tiene importantes síntomas psicóticos durante los episodios de depresión o de manía, persistiendo después de que remiten los episodios del estado de ánimo. Un diagnóstico de trastorno bipolar II o de trastorno depresivo mayor recurrente puede cambiar a trastorno bipolar I cuando ocurre al menos un episodio maníaco o mixto.

El trastorno bipolar I afecta, aproximadamente, al 1% de la población adulta de Estados Unidos (Robins *et al.*, 1984). Normalmente dura toda la vida una vez que empieza, con recurrencias episódicas que constituyen una amenaza para la vida, los vínculos familiares y la estabilidad económica. Los episodios recurrentes de depresión y de manía son la norma para más del 95% de los pacientes

CUADRO 18.4. *Criterios del* DSM-IV *para el episodio hipomaníaco*

A. Un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos cuatro días.
B. Tres o más de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es irritable):
   1. Autoestima o grandiosidad excesivas.
   2. Disminución de la necesidad de dormir.
   3. Más hablador de lo habitual o necesita hablar continuamente.
   4. Fuga de ideas o pensamientos que se suceden a gran velocidad.
   5. Distraibilidad.
   6. Aumento de la actividad o agitación psicomotora.
   7. Implicación excesiva en actividades que conllevan riesgo.
C. Los síntomas constituyen un cambio inequívoco con respecto al nivel de funcionamiento normal de la persona.
D. El estado de ánimo y los síntomas los pueden observar los demás.
E. No existe un deterioro importante del funcionamiento, ni requiere hospitalización, ni tiene síntomas psicóticos.
F. No se debe a una enfermedad, al abuso de sustancias psicoactivas o a tratamientos antidepresivos.

Fuente: Adaptado del *DSM-IV* (APA, 1994).

con un trastorno bipolar (véanse las revisiones de Goodwin y Jamison, 1990; Zis y Goodwin, 1979). Un cuarto de los pacientes afectados intentan suicidarse (Weissman *et al.*, 1988). No sólo cada episodio de depresión o de manía es potencialmente devastador por sí mismo, sino que existen también evidencias de que la duración del ciclo (el período de tiempo que transcurre entre el inicio de un período concreto y la aparición del siguiente) disminuye durante el curso del trastorno (Angst, 1981; Kraepelin, 1921; Roy-Byrne *et al.*, 1985; Zis *et al.*, 1980) y que la probabilidad de recurrencia aumenta con cada nuevo episodio (Gelenberg *et al.*, 1989; Keller *et al.*, 1982). Post (1992) ha descrito este proceso como un tipo de sensibilización neurobiológica *(kindling)*. Una implicación práctica de este fenómeno es una aparente falta de emparejamiento de los episodios del trastorno con los acontecimientos vitales estresantes conforme dicho trastorno avanza, dándose unos brotes aparentemente autónomos o no provocados. Otra consecuencia potencial es el desarrollo de recaídas rápidas que siguen a la retirada del litio, en ocasiones en días o incluso en horas después de la discontinuación de la medicación (Suppes *et al.*, 1991). En conjunto, estos cambios en el curso del trastorno pueden reforzar la percepción desmoralizante de estar fuera de control y/o de ser notablemente vulnerable.

Durante los episodios de depresión mayor, el estado de ánimo puede cambiar desde un estado eutímico, de tranquilidad, a uno neutro, aburrido, triste, melancólico, de vacío, de desesperanza o irritable. Cuando se encuentran deprimidos, los individuos con un trastorno bipolar se describen a sí mismos como impacientes, intolerantes, nerviosos, perdidos, incomprendidos, desinteresados, sensibles, enfadados y/o «embotados». Los estados de ánimo deprimidos son

normalmente muy claros para la persona que los sufre, pero puede que no sean tan obvios para los demás si los recursos de afrontamiento internos del individuo compensan la depresión. Por el contrario, los cambios del estado de ánimo en la manía suelen ser claramente observables por los demás, pero pueden ser menos evidentes para el paciente. Los cambios del estado de ánimo en la manía se describen como positivos, inspiradores, esperanzadores, alegres, activantes, eufóricos, «en la cima del mundo» u optimistas. Aunque el maníaco típico es alegre y simpático, pocos pacientes tienen episodios maníacos siempre agradables. La manía puede hacer que la gente se sienta muy irritable, agitada, ansiosa, tensa y temerosa. Para algunos pacientes, el estado de ánimo agradable y eufórico evoluciona hacia la irritabilidad conforme la manía progresa y empeora. Para otros, incluso, predomina una mezcla perturbadora de pensamientos y sentimientos maníacos y depresivos.

Muchos de los cambios cognitivos asociados con la depresión son evidentes para los demás sólo cuando los verbaliza el paciente. De hecho, los pacientes deprimidos no se dan cuenta a menudo de sus propios cambios en los puntos de vista o en las creencias, porque estos cambios cognitivos son sutiles en un inicio (p. ej., menos optimismo y más pesimismo) y a menudo se refuerzan por acontecimientos negativos de la vida. Los cambios cognitivos en la depresión incluyen distorsiones negativas en la percepción de uno mismo, el mundo y el futuro (Beck *et al.*, 1979). Cambios cognitivos más observables incluyen un pensamiento más lento, problemas para encontrar las palabras y escasa concentración. Algunos pacientes informan de una virtual parálisis en la toma de decisiones y una pérdida o inhibición de la actividad volitiva.

Los cambios cognitivos observados en la manía son cualitativamene diferentes de los de la depresión. Los «síntomas» cognitivos de la manía pueden incluir cambios en el contenido y en el proceso de pensamiento. Las mismas distorsiones en la percepción de sí mismo, los demás y el futuro se ilustran, a menudo, por un aumento de la confianza en uno mismo, por la grandiosidad, el estar absorto en sí mismo, el optimismo y la temeridad. Las manías irritables pueden estar acompañadas por una elevada sospecha hacia los demás, ideas de referencia y paranoia. Conforme empeora el episodio, estos cambios cognitivos pueden evolucionar hacia ideas delirantes de grandiosidad y/o de persecución.

Junto con los cambios en el contenido de las cogniciones, a menudo se altera el proceso del pensamiento. Esto incluye pensamientos a elevada velocidad, distraibilidad, deterioro del juicio, y alucinaciones auditivas y visuales. Dichos cambios en el procesamiento cognitivo son normalmente desagradables para el invididuo con un trastorno bipolar y pueden llevar a conductas con un elevado potencial para hacerse daño a sí mismo.

Los observadores, como los amigos o los miembros de la familia, pueden identificar generalmente los síntomas conductuales de la depresión y de la manía, especialmente cuando estos individuos han visto al paciente con ambos grupos de síntomas. La fase depresiva del trastorno bipolar se caracteriza habitualmente por una disminución de la actividad psicomotora. Las actividades dirigidas hacia un objetivo disminuyen, la postura se muestra «hundida» y puede darse una notable disminución de los movimientos motores espontáneos, incluyendo los de los brazos, y una menor expresividad facial. Excepto en el caso de que sean capaces de compensarlo, las personas deprimidas pueden olvidar sus responsabilidades diarias (p. ej., tareas de la casa), dejar de realizar sus aficiones o actividades sociales habituales y apartarse de los demás. Como se ha señalado anteriormente, pueden moverse o hablar más lentamente de lo habitual. Otros síntomas que se manifiestan a través de cambios conductuales en la depresión incluyen alteraciones del sueño, modificación de los hábitos de comer, disminución del impulso sexual y una escasa energía. Aunque tanto el insomnio como la hipersomnia son frecuentes, el dormir en exceso es especialmente problemático para los pacientes más jóvenes.

En claro contraste se encuentra el aumento de la actividad asociado con la manía. Los pacientes, en las primeras fases de la manía o de la hipomanía, muestran a menudo más ideas e intereses que cambios reales en la actividad. Conforme el trastorno progresa, puede aumentar su actividad física. La inquietud o la agitación se hacen evidentes por medio del pasear, caminar largas distancias y buscar actividades fuera de casa. Mientras se encuentran bajo un episodio maníaco, los sujetos pueden tener un fuerte impulso a ser más activos social o sexualmente. Suelen comenzar nuevas tareas que nunca terminarán. Cada nueva oportunidad parece una buena idea a la que merece la pena dedicar su tiempo, energía y dinero. El deterioro concomitante en la capacidad de juicio social a menudo impide que se inhiban las acciones inapropiadas.

Las notables fluctuaciones en el estado de ánimo, en la personalidad, en el pensamiento y en la conducta, inherentes al trastorno bipolar, tienen, a menudo, efectos profundos sobre las relaciones interpersonales de los pacientes. La labilidad afectiva, el despilfarro económico, las fluctuaciones en los niveles de sociabilidad, las imprudencias sexuales y las conductas violentas constituyen una clara fuente de confusión, conflictos y preocupación para los pacientes y para las otras personas importantes de su entorno (Goodwin y Jamison, 1990; Murphy y Beigel, 1974; Spalt, 1975; Winokur, Clayton y Reich, 1969).

Teniendo en cuenta la naturaleza recurrente del trastorno bipolar y sus, a menudo, devastadoras consecuencias, está generalmente indicado el tratamiento de mantenimiento (es decir, profiláctico), después de la contención de los episodios agudos, pero frecuentemente fracasa. El tratamiento de mantenimiento eficaz puede disminuir el sufrimiento del paciente, su hospitalización y el coste, y mejorar el funcionamiento psicosocial. Aunque es posible que la terapia farmacológica de mantenimiento no elimine completamente las recurrencias de manía o de depresión, puede disminuir la frecuencia, duración y gravedad de los episodios maníacos y depresivos (Baastrup y Schou, 1967).

La medicación de mantenimiento más frecuentemente utilizada y mejor estudiada es el litio. Siete estudios de pacientes con trastorno bipolar (Baastrup *et al.*, 1970; Coppen *et al.*, 1971, 1973; Cundall, Brooks y Murray, 1972; Fieve, Kumbaraci y Dunner, 1976; Prien, Caffey y Klett, 1973*a*; Prien, Klett y Caffey, 1973*b*; Stallone *et al.*, 1973) han demostrado efectos profilácticos superiores del litio con respecto al placebo para disminuir la frecuencia de las recaídas. Sin embargo, estos estudios ilustran también que el litio sólo no es suficiente para alcanzar la profilaxis a largo plazo en muchos pacientes. Es frecuente

la reaparición de los síntomas y, sin una intervención inmediata, se producen a menudo recaídas o recurrencias de la depresión o la manía.

Las estrategias de medicación alternativas incluyen los anticonvulsivos carbamazepina (Luznat, Murphy y Nonn, 1988; Small *et al.*, 1991) y el valproato de sodio (Bowden *et al.*, 1994; Calabrese y Delucchi, 1990), los bloqueadores del canal de calcio (Dubovsky *et al.*, 1986) y, para pacientes con características psicóticas persistentes, los fármacos antipsicóticos (Goodwin y Jamison, 1990). A pesar de este rango de medicaciones, aproximadamente del 10 al 20% de los pacientes siguen estando enfermos de forma crónica durante meses o años.

II. ¿POR QUÉ FRACASA LA TERAPIA FARMACOLÓGICA DE MANTENIMIENTO?

La escasa adherencia hace peligrar la eficacia de la terapia farmacológica de mantenimiento en los trastornos bipolares (Goodwin y Jamison, 1990). Dependiendo del diseño del estudio, se ha encontrado que del 15 al 46% de los pacientes con un trastorno bipolar tienen niveles de litio en plasma que quedan fuera del rango terapéutico, un frecuente indicador de la falta de adherencia a la medicación (Connelly, 1984; Connelly, Davenport y Nurnberger, 1982; Danion *et al.*, 1987; Kucera-Bozart, Beck y Lyss, 1982; Schwarcz y Silbergeld, 1983). Es frecuente también el abandono del tratamiento (Prien *et al.*, 1973*a*, 1973*b*; Stallone *et al.*, 1973).

Es difícil predecir qué pacientes con un trastorno bipolar se adherirán con una mayor probabilidad al tratamiento, basándose en características demográficas o clínicas del trastorno bipolar (Basco y Rush, 1995). Sin embargo, los estudios sobre la adherencia al tratamiento sugieren que es menos probable que los pacientes con trastornos de personalidad comórbidos o problemas de abuso de sustancias psicoactivas se adhieran a las recomendaciones del tratamiento (Aagaard y Vestergaard, 1990; Danion *et al.*, 1987).

Otra frecuente razón por la que la terapia farmacológica tradicional de mantenimiento fracasa es que las exacerbaciones de los síntomas no están identificadas a tiempo y/o no se tratan de forma apropiada. De este modo, una parte de los pacientes desarrolla episodios de brote de los síntomas a pesar de una adherencia adecuada o incluso ejemplar. Las apariciones de los síntomas pueden precipitarse por factores ambientales, médicos, estacionales o desconocidos. Por ejemplo, la perturbación del sueño causada por acontecimientos tales como una enfermedad, «empollarse» un examen, cambios en las actividades del día o en los planes de viaje, constituye una de las distintas vías que pueden mediar los episodios de brote de los síntomas (Wehr, Sack y Rosenthal, 1987). Los estímulos estresantes psicosociales pueden precipitar también la aparición de episodios de manía y de depresión (p. ej., Aronson y Skukla, 1987; Bidzinska, 1984; Dunner *et al.*, 1979; Glassner y Haldipur, 1983; Kennedy *et al.*, 1983; Kraepelin, 1921), especialmente al comienzo del curso del trastorno (Goodwin y Jamison, 1990; McPherson, Herbison y Romans, 1993; Post, 1992). Pueden interaccionar factores ambientales y otros. Por ejemplo, el preocuparse por problemas puede

hacer que los pacientes olviden tomar la medicación, provocar una perturbación del sueño debido a dicha preocupación, o acompañarse por un malestar emocional prolongado y grave que, a su vez, producirá recaídas/recurrencias de la depresión o la manía.

III. ¿CÓMO PUEDE UN TRATAMIENTO PSICOSOCIAL AYUDAR A MODIFICAR UN TRASTORNO "BIOLÓGICO"?

Los pacientes y sus familias a veces se molestan debido a nuestra posición de que el trastorno bipolar es una enfermedad biomédica, y suponen que, por decirlo brevemente, «la biología es el destino». Desde esta perspectiva distorsionada, los pacientes pueden verse a sí mismos víctimas impotentes de un Dios injusto o de un destino cruel. Otros pacientes pueden reaccionar con alivio, ya que se les ha dado permiso para "dejar de" intentar ser responsables de algo que no pueden controlar. En cualquier caso, la reacción emocional del paciente durante la discusión puede revelar sus pensamientos y sentimientos sobre el trastorno y/o su tratamiento, abriendo el camino para una discusión más sincera. Además, el peso de la responsabilidad puede ahora desplazarse hacia factores más controlables que influyen sobre el resultado, incluyendo la adherencia al tratamiento, el mantenimiento de un estilo de vida sano, el registro de los síntomas y el empleo de medios más activos para afrontar y/o superar los problemas. Una intervención terapéutica, como la terapia de conducta cognitiva, puede aumentar el control médico a través de:

a. La mejora de la adherencia a la farmacoterapia;
b. Ayudar a los pacientes a identificar síntomas subsindrómicos, de modo que una intervención temprana pueda evitar una recurrencia o recaída total o limite quizás la potencia de un nuevo episodio;
c. Proporcionar a los pacientes técnicas que ayuden a detener el empeoramiento de los síntomas subsindrómicos; y
d. Enseñar a los pacientes estrategias para afrontar los estímulos estresantes sociales e interpersonales que puedan ser factores desencadenantes o exacerbantes en las manifestaciones de los síntomas.

Existe cierta evidencia preliminar de que las intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas pueden aumentar el efecto profiláctico de la medicación mejorando la adherencia al tratamiento y el funcionamiento psicosocial (Basco y Rush, 1995; Cochran, 1984). Algunos de estos estudios incluían pacientes con depresión unipolar (Jacob *et al.*, 1987), pero proporcionan un modelo que puede ser aplicable al trastorno bipolar.

III.1. *Mejoría del funcionamiento psicosocial y prevención de la recurrencia*

En un seguimiento de 12 meses de pacientes con un trastorno bipolar que acudieron a tratamiento después de una fase aguda, Davenport *et al.* (1977) asignaron a los pacientes a un grupo de psicoterapia de pareja (n = 12), a un grupo de mantenimiento por litio (n = 11) o a uno de cuidados con base en la comunidad, encontrando que los pacientes con un trastorno bipolar que fueron asignados al grupo de psicoterapia de parejas tenían menos casos de rehospitalización y menos fracasos maritales, así como un funcionamiento social y una interacción familiar mejores que los grupos de comparación. Clarkin *et al.* (1990) encontraron el mismo patrón de hallazgos en pacientes femeninos con trastornos afectivos, aunque el tratamiento de las parejas no mejoró el resultado de los pacientes masculinos. Estos estudios sugieren que los tratamientos psicosociales pueden mejorar el resultado en los pacientes bipolares.

Otros informes que describen terapias de grupo a corto y largo plazo (combinadas con farmacoterapia) sugieren también que el tratamiento psicosocial puede ser útil para reducir la frecuencia y la duración de las recaídas y/o la necesidad de hospitalización en pacientes bipolares (Benson, 1975; Powell, Othmer y Sinkhorn, 1977; Shakir, Volkmar y Bacon, 1979; Wulsin, Bachop y Hoffman, 1988). Por ejemplo, aunque no es un ensayo clínico con grupo control, Shakir *et al.* (1979) encontraron que en los dos años anteriores a la iniciación de la "psicoterapia de grupo a largo plazo", 10 de los 15 miembros del grupo con un trastorno bipolar habían sido hospitalizados por un total de 16,2 semanas y sólo 5 habían estado empleados de forma continua. Durante los dos años que siguieron a la iniciación de la terapia de grupo, sólo 3 pacientes fueron rehospitalizados por un total de 3,2 semanas. Además, 10 pacientes habían conservado su empleo durante, al menos, 6 meses. Powell *et al.* (1977) encontraron igualmente que el proporcionar terapia de grupo a los pacientes con un trastorno bipolar limitó la recaída a sólo el 15% de los 40 participantes en el grupo a lo largo de doce meses.

III.2. *La mejora de la adherencia al tratamiento*

Altamura y Mauri (1985) (n = 14) y Youssel (1983) (n = 36) examinaron la eficacia de la educación de los pacientes en la adherencia al tratamiento en individuos depresivos unipolares ambulatorios. Ambos estudios encontraron un aumento de la adherencia al tratamiento después de la intervención psicoeducativa, tal como se medía contando las pastillas (Youssel, 1983) o el nivel del fármaco en la sangre (Altamura y Mauri, 1985).

Existen pruebas de que la educación del paciente puede mejorar la adherencia al aumentar la aceptación de, o la adaptación al, trastorno. Peet y Harvey (1991) distribuyeron aleatoriamente a 60 pacientes clínicos tratados con litio a dos condiciones: 1. Un grupo educativo que visionaba una cinta de vídeo de 12 minutos con una charla sobre el tratamiento con litio y recibía una copia escrita, ó 2. Un tratamiento como condición habitual que no abordaba de forma sistemática cuestiones educativas. Las evaluaciones de las actitudes de los pacientes acerca del litio y de la comprensión del tratamiento mostraron una mejoría significativa en las actitudes y en el conocimiento de los mismos sobre la enfermedad y su intervención.

Van Gent y Zwart (1991) proporcionaron sesiones educativas a 14 pacientes con trastorno bipolar y a sus cónyuges. Después de cinco sesiones, las parejas de los pacientes mostraron más comprensión del trastorno, de su tratamiento y de las estrategias sociales para afrontar los síntomas de su cónyuge. Un seguimiento de seis meses indicó que se mantenían estos cambios beneficiosos. Además, los niveles de litio en suero permanecían estables en los pacientes durante el año siguiente al programa educativo, en comparación con los niveles alcanzados durante el programa. Esto sugiere que el programa educativo puede haber ayudado a prevenir el deterioro de la adherencia con el paso del tiempo, algo que se observa en los pacientes tratados con litio. Se realizó un seguimiento de cinco años del grupo educativo (Van Gent y Zwart, 1991) en una muestra más amplia (n = 26) con el fin de evaluar las tasas de abandono en la profilaxis del litio y el número de hospitalizaciones psiquiátricas. Utilizando un diseño en el que las comparaciones se hacían con respecto a la propia línea base de los pacientes, hubo un 50% de mejoría en el número de pacientes que seguían con el litio y un 60% de reducción de las admisiones en el hospital.

Seltzer, Roncari y Garfinkel (1980) llevaron a cabo un estudio más amplio sobre la educación de los pacientes. Éstos se componían de tres grupos de sujetos (esquizofrénicos, n = 44; trastorno bipolar, n = 16; y deprimidos unipolares, n = 7). Cada grupo recibió 9 charlas sobre el diagnóstico, el curso del tratamiento, la medicación, los efectos secundarios, las recaídas y la importancia del apoyo. En un seguimiento de 5 meses, los pacientes que asistieron a las charlas mostraron una mayor adherencia al tratamiento (91% comparado con el 32%) y tenían menos miedo a los efectos secundarios y al desarrollo de la dependencia hacia los fármacos que los pacientes que no recibieron la intervención.

Myers y Calvert (1984) distribuyeron al azar a pacientes externos deprimidos en tres grupos (n = 120). Un grupo recibió información escrita y verbal sobre los efectos secundarios de la medicación. El segundo recibió información escrita y verbal sobre los efectos beneficiosos del tratamiento. El tercer grupo no recibió una educación sistemática. La comparación de los tres grupos a las tres semanas de seguimiento mostró que no había diferencias significativas entre ellos en el nivel de adherencia o en los efectos secundarios. Sin embargo, en un seguimiento de 6 semanas, los dos grupos que recibieron educación informaron de menos efectos secundarios y tenían una mejor adherencia al tratamiento, de forma significativa, que el grupo control que no había recibido dicha educación.

Con el fin de evaluar la utilidad de la terapia cognitiva para mejorar la adherencia y los resultados del tratamiento, Cochran (1984) asignó aleatoriamente a pacientes con un trastorno bipolar con mantenimiento por litio al cuidado clínico estándar o a una intervención cognitiva individual breve (6 semanas). Era menos probable que los pacientes a los que se les había asignado la intervención

cognitiva de seis semanas tuvieran problemas de adherencia al tratamiento comparados con el grupo de cuidado estándar, incluyendo una menor probabilidad de abandonar el litio en contra de la recomendación médica. A lo largo de un período de 3 a 6 meses de seguimiento, el grupo de terapia cognitiva tuvo menos episodios provocados por la falta de adherencia al tratamiento y menos hospitalizaciones. Aunque ésta fue una intervención breve con un período de seguimiento a corto plazo, los hallazgos de Cochran (1984) proporcionan cierta evidencia de la utilidad de la terapia de conducta cognitiva como una ayuda para la terapia farmacológica en el tratamiento de la depresión bipolar.

Por lo tanto, parece quedar claro que las intervenciones psicoeducativas tienen un valor tangible en el control a largo plazo de los trastornos del estado de ánimo recurrentes. Ya que la terapia de conducta cognitiva es, entre otras cosas, inherentemente educativa, puede que sea especialmente apropiada para este propósito.

III.3. *Control del rebrote de los síntomas*

La ocurrencia de síntomas subsindrómicos relativos al estado de ánimo en un grupo de pacientes con un trastorno bipolar aumenta por cuatro el riesgo de episodios recurrentes del estado de ánimo (Keller *et al.*, 1992). A la hipomanía le seguía con más frecuencia una recurrencia afectiva mayor, principalmente manía, que a la depresión menor: el 75% de los pacientes que desarrollaron hipomanía sufrió un episodio recurrente. Estos hechos sugieren que la identificación temprana de "incursiones" del estado de ánimo subsindrómicas podría facilitar intervenciones preventivas que disminuyeran el riesgo de desarrollar un episodio "completo" o que permitieran una contención más rápida de los síntomas. Los pacientes que reciben terapia de conducta cognitiva aprenden a observar sus síntomas más de cerca, de modo que pueda detectarse el resurgimiento de éstos en los primeros momentos de su desarrollo, permitiendo así la intervención temprana y la evitación de una recurrencia del trastorno.

IV. TERAPIA DE CONDUCTA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS BIPOLARES

La terapia de conducta cognitiva (TCC) se muestra eficaz en el tratamiento agudo (p. ej., Murphy *et al.*, 1984; Rush *et al.*, 1977) y en la posible continuación del mismo (p. ej., Blackburn, Evanson y Bishop, 1986) en la depresión mayor. En la depresión grave, el empezar con terapia de conducta cognitiva en combinación con la terapia farmacológica, mientras los pacientes se encuentran todavía hospitalizados y continuar con el tratamiento durante cinco meses después de darles el alta, puede mejorar los resultados (Miller, Norman y Keitner, 1989). La ventaja del tratamiento combinado de la TCC con la terapia farmacológica era más evidente en los pacientes con puntuaciones elevadas en la *Escala de actitudes disfuncionales* (Miller *et al.*, 1990) y en las medidas de desesperanza y de distorsiones cognitivas (Whisman *et al.*, 1991). El tratamiento de la depresión unipolar con TCC parece transmitir cierto beneficio profiláctico duradero (p. ej., Hollon, Shelton y Loosen, 1991). Las recaídas que se producen después de seguir una intervención con TCC se han asociado con el nivel de síntomas residuales (Thase *et al.*, 1992). Jarrett *et al.* (1993) encontraron que el período de tiempo sin trastorno es significativamente más largo para los que responden a la TCC cuando la terapia "aguda" se complementa con un amplio curso de terapia de "continuación". Aunque nunca se ha comprobado con los síntomas prodrómicos de la manía, la TCC ha demostrado tener éxito en el tratamiento de los síntomas residuales físicos, cognitivos y conductuales asociados con la depresión (Fava *et al.*, 1994).

Las técnicas de la TCC se han estandarizado para la depresión en lugares de consulta ambulatoria y de internamiento (Beck *et al.*, 1979; Thase y Wright, 1991). Los procedimientos se han definido objetivamente con detalle suficiente para que los sigan los terapeutas, permitiendo así tratamientos estandarizados por medio de distintos terapeutas. Esto aumenta la viabilidad de llevar a cabo, y comprobar la eficacia de, la ampliación de la TCC como parte del tratamiento estándar (en el caso de que aquélla se encontrara eficaz). Esos avances en la cuantificación de la calidad del tratamiento experimental se extenderá, por supuesto, a los estudios del trastorno bipolar.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de la fase de mantenimiento en el trastorno bipolar amplifica, no reemplaza, el control farmacológico de este trastorno. Los principales objetivos de la TCC para el trastorno bipolar son:

1. Educar a los pacientes y a las personas importantes de su entorno sobre el trastorno, su tratamiento y las frecuentes dificultades asociadas con el mismo.
2. Enseñar a los pacientes métodos para registrar la ocurrencia, la gravedad y el curso de los síntomas maníacos y depresivos que permitan una intervención temprana si los síntomas empeorasen.
3. Facilitar la adherencia a la medicación prescrita eliminando los obstáculos que interfieren con dicha adherencia.
4. Proporcionar estrategias no farmacológicas para afrontar los síntomas conductuales y cognitivos de la manía y de la depresión.
5. Enseñar habilidades para afrontar los problemas psicológicos que desencadenan, o son las secuelas de, los episodios depresivos y maníacos. Los siguientes constituyen un resumen de los procedimientos para abordar cada uno de estos objetivos. Una discusión más completa de estos métodos puede encontrarse en Basco y Rush (en prensa).

IV.1. *Educación del paciente y de la familia*

Como han mostrado los estudios descritos anteriormente, la educación del pacientes es una parte esencial del tratamiento. Un paciente bien informado puede ser un participante más activo en el proceso de tratamiento. Los pacientes pue-

den ser abogados de sí mismos si entienden lo que deben esperar del tratamiento, del profesional de la salud y de la enfermedad misma. Los estudios que implican la educación de la familia apoyan el valor de la inclusión de ésta en el cuidado del paciente.

La educación del paciente puede tomar muchas formas. El profesional de la salud puede hablar con él sobre el trastorno bipolar, responder a sus preguntas y encaminarle hacia otros recursos educativos. Existen varios organismos nacionales en Estados Unidos para conseguir información sobre el trastorno bipolar, como la National Depressive and Manic Depressive Association, la National Alliance for the Mentally Ill, el National Institute of Mental Health y la National Mental Health Association (las direcciones de estas asociaciones se encuentran al final del capítulo). Cualquiera que sea el modo de tratamiento, es esencial la educación del paciente; no es suficiente asegurarse la adherencia, el control de los síntomas y la prevención de las recaídas. La educación debería ser un proceso continuo, especialmente conforme se va sabiendo más sobre este trastorno mental.

Aunque la mayoría de los folletos sobre el trastorno bipolar describen los síntomas y los tratamientos más frecuentes para la depresión y la manía, estos materiales no estarán adaptados a las experiencias únicas de cada persona que padece el trastorno. Los profesionales de la salud pueden ayudar a los pacientes a identificar y etiquetar los síntomas, las conductas, las emociones y las cogniciones que tienen lugar durante las fases activas de la depresión, de la manía, de la hipomanía, y de los estados mixtos. Esta personalización de la educación del paciente prepara el escenario para el siguiente componente de la TCC, la observación de los síntomas.

IV.2. *La detección de los síntomas*

Los rebrotes de los síntomas son frecuentes entre la gente con un trastorno bipolar, incluso cuando toman su medicación de forma continua. Desgraciadamente, estas exacerbaciones moderadas pueden, y así sucede a veces, evolucionar hacia episodios completos de manía o depresión, a menudo antes de que se pueda realizar ningún esfuerzo para controlar los síntomas. Se necesita un sistema de aviso temprano para ayudar a los pacientes y a los miembros de su familia a detectar esos síntomas y actuar en los primeros momentos de su evolución. La intervención temprana puede aumentar la probabilidad de prevención de la recaída. Existen tres niveles de detección de los síntomas, cada uno de los cuales se describe seguidamente:

1. Representaciones gráficas del curso de su vida, una línea histórica que represente los episodios del trastorno.
2. Un resumen de los síntomas, una lista de síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales que ocurren durante los episodios de depresión, manía y mixtos.
3. Representaciones gráficas del estado de ánimo, evaluaciones diarias del estado de ánimo u otros síntomas que probablemente cambien en los primeros momentos durante el curso de un episodio del trastorno.

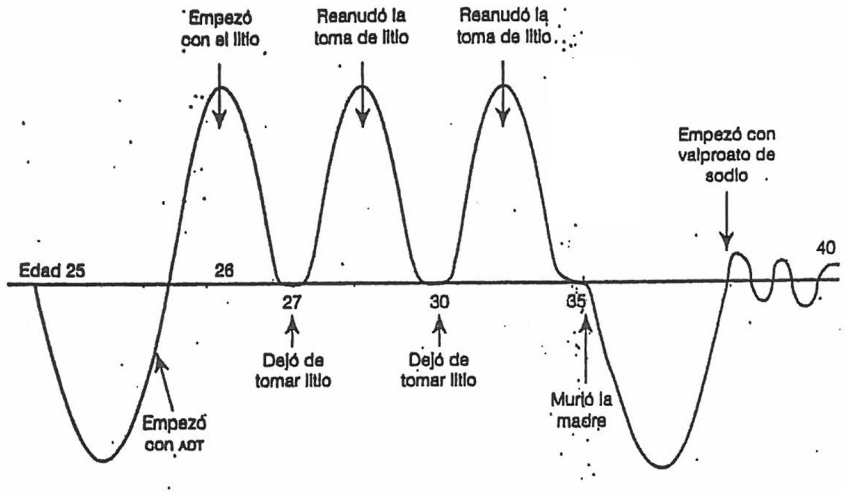
IV.3. *Representaciones gráficas de episodios del trastorno a lo largo de la vida*

Post y sus colaboradores (Post, 1992; Altshuler *et al.*, 1995) han demostrado la utilidad de las representaciones gráficas de episodios del trastorno a la largo de la vida para entender las interacciones entre los episodios del trastorno, la iniciación y abandono del tratamiento y los acontecimientos significativos de la vida en los distintos pacientes. Para cada individuo, una representación gráfica a lo largo de la vida muestra el curso del trastorno desde su aparición hasta el momento presente. Para la construcción de dicho gráfico se requiere, como mínimo, la fecha aproximada de la aparición y desaparición de cada episodio depresivo, maníaco, hipomaníaco y mixto. Es útil añadir las fechas del inicio y de la terminación de los tratamientos, incluyendo las hospitalizaciones, las visitas de urgencia al hospital, las terapias farmacológicas y las terapias psicológicas. Es conveniente dar información sobre los acontecimientos importantes de la vida como las transiciones (p. ej., cambios de trabajo, matrimonio, nacimiento de los hijos) y las pérdidas principales (p. ej., muertes, divorcios), especialmente si se relacionan con las recaídas o las recurrencias del trastorno. Con esta información plasmada sobre una representación gráfica a lo largo del tiempo pueden surgir patrones entre los síntomas, el estrés y el tratamiento.

La figura 18.1 muestra un ejemplo de un hombre de 40 años con una historia de trastorno bipolar durante 15. Su primer episodio maníaco empezó poco tiempo después del tratamiento de la depresión mayor con un antidepresivo tricíclico. Empezó a tomar litio a los 26 años. Dejó de tomar la medicación dos veces, a los 27 y a los 30 años, cuando creía que ya había desaparecido el trastorno. Sufrió un episodio grave de depresión mayor a los 35 años, cuando murió su madre. Aunque ha continuado teniendo brotes de síntomas leves cuando se ha encontrado bajo un estrés considerable, no había tenido una recurrencia de la depresión o la manía desde los 36 años, cuando empezó a tomar valproato de sodio.

La gente con un trastorno bipolar puede empezar a vivir la vida como una lucha diaria para contener los síntomas, esperando cada día el próximo hundimiento en la depresión o el giro hacia la manía. Es posible que comiencen a sentirse indefensos, sin control, y teman las cosas que han de venir. Algunos dejan de planificar el futuro. El pasado se difumina, puesto que el recuerdo de cada episodio del trastorno se mezcla con el siguiente. La construcción de un gráfico ayuda a los pacientes a tener una perspectiva más clara de sus experiencias con el trastorno. Conforme trabajan con el terapeuta para construir dicha representación gráfica, empiezan a ver patrones, épocas de eutimia, respuestas al tratamiento y ocasiones de vulnerabilidad. Los pacientes informan que este proceso es terapéutico. Les ayuda a dar significado a lo que sienten como una vida de continua enfermedad.

FIGURA 18.1. *Gráfico de un período de vida*



La representación gráfica se realiza sobre un eje horizontal que representa el tiempo. Esta línea puede representar la normalidad del estado de ánimo o eutimia. Las elevaciones por encima de la línea representan aumentos del estado de ánimo hacia la euforia o la manía. Por debajo de la línea se encuentran las disminuciones del estado de ánimo, representando los puntos más bajos la depresión grave. De este modo, en el caso representado en la figura 18.1, el primer episodio del trastorno fue una depresión mayor. Se fue haciendo más grave con el tiempo y luego remitió con el tratamiento, volviendo el estado de ánimo a un nivel más eutímico. Se pueden añadir a la línea que representa el paso del tiempo períodos de abuso de sustancias psicoactivas, de ansiedad, o enfermedades físicas. Algunos pacientes prefieren omitir la representación gráfica de los episodios, incluyendo sólo una lista de acontecimientos en un orden cronológico sobre la línea del tiempo.

En la figura 18.1, una vez que se ha terminado el gráfico, el paciente podía ver cómo el abandono de la medicación condujo a la inmediata aparición de otro episodio. Fue capaz también de hacer una asociación entre las épocas de un aumento del estrés y una desestabilización de su estado de ánimo y de sus síntomas. Conforme van surgiendo nuevos episodios del trastorno, cambia el tratamiento o tienen lugar otros acontecimientos importantes de la vida, pueden añadirse a la representación gráfica. Los clínicos y los pacientes pueden utilizar el gráfico para observar cambios más globales en el curso del trastorno que ocurran con la edad, con las modificaciones del tratamiento o para una vigilancia más constante de los síntomas.

IV.4. *La hoja resumen de los síntomas*

El segundo paso en la detección de los síntomas consiste en sensibilizar a los individuos con un trastorno bipolar a los cambios que normalmente experimentan durante los episodios de depresión, de manía, de hipomanía y mixtos. Una hoja resumen de los síntomas, tal como se muestra en el cuadro 18.5, puede facilitar este proceso. Los pacientes listan los síntomas físicos, emocionales, cognitivos y conductuales que ocurren durante los episodios maníacos y depresivos. Se incluye una tercera columna para indicar lo que el individuo experimenta cuando no tiene síntomas. Por ejemplo, en la columna de depresión el paciente indica que duerme 10 horas o más con siestas ocasionales por la tarde. La columna de la manía indica que el sueño se reduce a 4-5 horas por noche, despertándose generalmente más pronto de lo normal, sin necesidad de requerir más sueño. En la columna del estado normal, el paciente indica el patrón de sueño habitual cuando no tiene síntomas. En el cuadro 18.5, este paciente indicó que normalmente no dormía más de 8 horas cada noche y que no se echaba siestas durante el día. Para cada síntoma que incluye en la lista, lo compara y contrasta con los otros estados de ánimo y con los períodos de eutimia. Los miembros de la familia y los amigos contribuyen a la lista añadiendo sus observaciones sobre el paciente durante los períodos con síntomas.

CUADRO 18.5. *Lista resumen de los síntomas que ocurren durante los episodios maníaco y depresivo*

Lista Resumen de Síntomas

Estado normal	*Depresión*	*Manía*
6-8 horas de sueño, sin siestas	Duermo 10 horas y me echo siestas	Necesito 5 horas de sueño
Más introvertido	Apartado y solitario	Extravertido, sociable
La vida parece tener sentido	Pensamientos de suicidio	La vida es maravillosa
Pienso que estoy bien	No valgo nada	Soy brillante
Seguro	Desesperanzado	Ambicioso
El pensamiento es claro	No puedo concentrarme	Muy creativo
Visito a algunos amigos íntimos	No me interesa la gente	Quiero estar con gente
Me siento bien	El estado de ánimo es negro	Estoy entusiasmado con la vida

IV.5. *La representación gráfica del estado de ánimo*

Los gráficos del estado de ánimo pueden utilizarse para observar los cambios diarios en el estado de ánimo, en las cogniciones y en la conducta que podrían indicar la aparición de un nuevo episodio de manía y depresión. El gráfico pue-

de emplearse para evaluar el estado de ánimo u otros síntomas de los que se da cuenta el paciente y que suelen aparecer al principio del episodio. Algunas personas son más sensibles a los cambios en las actitudes (más optimistas o más pesimistas). Otras se dan cuenta de los cambios en los patrones de sueño (aumentados o interrumpidos) o en la actividad (más activos o más apartados socialmente). La hoja resumen de los síntomas puede ayudar al clínico y al paciente a decidir qué síntomas serán más útiles registrar.

CUADRO 18.6. *Gráfico del estado de ánimo*

Nombre del paciente: _____ Semana: _____

Rellenado por: _____ Relación con el paciente: _____

Gráfico del estado de ánimo

Fecha:	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Maníaco							
+5							
+4							
+3 Momento de intervenir							
+2 Observar de cerca							
+1							
0 Normal							
–1							
–2 Observar de cerca							
–3 Momento de intervenir							
–4							
–5							
Deprimido							

La fila de la mitad del gráfico que se muestra en el cuadro 18.6 representa la eutimia, de modo similar a la línea media del gráfico anterior (figura 18.1). Los puntos por encima de la línea media, desde +1 a +5 representan niveles de manía, indicando el +5 un episodio maníaco grave. Los puntos por debajo de la línea media, desde –1 a –5, representan niveles de depresión, indicando los puntos más bajos un episodio grave de depresión mayor. El estado de ánimo probablemente variará de –1 a +1 en los días más eutímicos. Las evaluaciones que van de +2 a –2 alertan a los pacientes a observar sus síntomas un poco más de cerca y tomar las medidas protectoras que sean necesarias (p. ej., normalizar el sueño, recordar tomar la medicación). Una puntuación de –3 a +3 indica que es el momento de intervenir para evitar que los síntomas empeoren. Esto puede requerir llamar al médico y utilizar las técnicas de TCC descritas más adelante.

Es mejor adaptar el gráfico del estado de ánimo a las necesidades especiales de cada paciente. Por ejemplo, para aquellos sujetos que padecen cambios del estado de ánimo en la mitad del día (p. ej., cuando los niños regresan a casa del colegio), se puede diseñar un gráfico con las evaluaciones de la mañana y de la tarde. El paciente puede incluir anotaciones en el gráfico sobre cualquier circunstancia relacionada con el cambio en el estado de ánimo. Esta información puede ayudar a los clínicos a desarrollar intervenciones que eviten el empeoramiento de dicho estado. Por ejemplo, los pacientes pueden observar que su estado de ánimo cambia cuando llegan al trabajo, cuando conducen con mucho tráfico, cuando ven a sus cónyuges o cuando tienen hambre. Estos cambios de humor no requieren una intervención farmacológica, sino que pueden abordarse con técnicas de TCC.

IV.6. *Procedimientos para mejorar la adherencia al tratamiento*

Otro objetivo de la TCC con los trastornos bipolares consiste en optimizar la adherencia a la terapia farmacológica y otras formas de intervención durante el tiempo total que el paciente esté bajo tratamiento. El énfasis en la optimización de la adherencia supone que incluso bajo las circunstancias más favorables, la mayoría de la gente será incapaz de cumplir perfectamente con el tratamiento en todas las ocasiones, especialmente si éste dura gran parte de la vida. Si los objetivos y los procedimientos de la intervención son aceptables para los pacientes, el esfuerzo de la TCC se centra en aumentar la probabilidad de que los pacientes puedan seguir el tratamiento tal como está prescrito, identificando y eliminando los factores que interfieran con la adherencia.

El presente enfoque empieza con la estructura del contrato conductual, refinado y ampliado por la identificación y eliminación de los obstáculos para la adherencia. Este elemento crítico del contrato se diferencia de los métodos estándar de contrato conductual en que ayuda a los pacientes a anticipar los problemas con la adherencia antes de que ocurran. Este proceso de "eliminación de problemas" permite que los pacientes y los clínicos discutan abiertamente la adherencia al tratamiento como un objetivo, en vez de como una orden o una conducta inapropiada, tal como se hace habitualmente. Los clínicos introducen la idea de que la adherencia total al tratamiento es un objetivo, proporcionando una explicación razonada sobre la necesidad de un empleo consistente de la medicación para optimizar su eficacia. Los clínicos deberían comprobar si los pacientes entienden y aceptan esa explicación. Si no, se necesita una mayor discusión para aclarar cómo funciona la medicación psicotrópica y para determinar si los pacientes tienen ideas erróneas sobre la terapia farmacológica. No es raro que gente con un trastorno bipolar haya tenido malas experiencias con la medicación en el pasado, especialmente si sus síntomas han sido lo suficientemente graves como para necesitar una hospitalización o un tratamiento de emergencia o si su diagnóstico no ha estado claro en el momento en que se inició el tratamiento. Estas clases de experiencias pueden hacer que los pacientes tengan algunas sospechas sobre las intenciones de sus psiquiatras y sobre la utilidad de la farmacoterapia.

Otra forma en la que el enfoque de la TCC sobre la adherencia difiere del contrato conductual tradicional está en que habitualmente no se proporciona una recompensa externa por la adherencia. El centro de atención de la intervención se encuentra en que los pacientes asuman una responsabilidad completa de su adherencia al tratamiento. Los clínicos pueden ayudarles a entender por qué es importante ser consistente en la toma de la medicación y a que trabajen hacia una optimización de la adherencia, pero el que tome la medicación de forma regular es, en último término, la responsabilidad del paciente. Las consecuencias de la falta de adherencia son internas, personales. Las recompensas por la adherencia también lo deben ser. El metamensaje de esta intervención es que debería haber una atribución interna en cuanto al grado en que la gente se adhiere al tratamiento y a los resultados de su adherencia (p. ej., «Sigo este tratamiento correctamente porque pienso que me es útil y redunda en mi propio interés»). Las recompensas externas, que pueden ser convenientes en las intervenciones breves, como la pérdida de peso, no crearían ni mantendrían los cambios conductuales necesarios en el tratamiento profiláctico, prolongado, del trastorno bipolar.

Lo mismo que sucede con otras intervenciones de contrato conductual para mejorar la adherencia, la TCC empieza con una clara definición de los objetivos del tratamiento. Estos objetivos se plasman de forma tan específica como son los programas de las dosis (p. ej., tomar 300 mgr. de litio por la mañana, a mediodía y a la hora de acostarse), las planificaciones de las citas (p. ej., acudir a la cita con el médico el próximo lunes, asistir a las reuniones de Alcohólicos Anónimos tres veces durante la próxima semana), y/o las tareas para casa (p. ej., leer el folleto sobre el trastorno bipolar). Para tener éxito, el paciente y el profesional de la salud tienen que entender y estar de acuerdo sobre los objetivos del tratamiento. Una vez que se han definido dichos objetivos, debe aportarse información sobre los mismos de tal manera que proporcione un documento escrito al paciente y al clínico. El cuadro 18.7 ofrece un ejemplo de la primera parte de un contrato conductual en el que se especifican los planes de tratamiento.

CUADRO 18.7. *Contrato de adherencia: Parte I. Plan de tratamiento*

Yo __Nombre del paciente____, estoy de acuerdo en seguir los planes de tratamiento que se describen a continuación.

1. Tomar 300 mgr. de litio tres veces al día (mañana, tarde y noche).
2. Tomar 1 mgr. de Somnovit a la hora de acostarme para que me ayude a dormir.
3. Ver a mi médico una vez al mes.
4. Llamar al médico si pienso que estoy empezando a tener más síntomas o si pienso que es necesario un cambio de la medicación. Estoy de acuerdo en telefonear antes de realizar cambios por mí mismo.

La segunda parte del contrato conductual consiste en identificar los factores que podrían interferir con el tratamiento. Esto incluiría aspectos internos del individuo (p. ej., estado de ánimo, temores sobre la medicación, olvido) e influencias externas (p. ej., miembros de la familia que desaconsejan el uso de medicamentos, consejos médicos que no concuerdan). El cuadro 18.8 describe algunos de los obstáculos a la adherencia al tratamiento.

CUADRO 18.8. *Obstáculos a la adherencia*

A. *Variables interpersonales*
   1. Los síntomas remiten y no ve necesidad de seguir con el tratamiento.
   2. Se le acaba la medicación al paciente. No acude a que le hagan otra receta.
   3. Niega que tenga un trastorno/estigma crónico asociado a la enfermedad bipolar.
   4. Olvido.

B. *Variables del tratamiento*
   1. Efectos secundarios de la medicación.
   2. El programa de medicación no se ajusta al programa personal del paciente.
   3. Se le asigna un nuevo médico al paciente que cambia los planes de tratamiento.

C. *Variables del sistema social*
   1. Estímulos estresantes psicosociales.
   2. Consejos médicos contradictorios.
   3. Disuasión por parte de la familia o los amigos.
   4. Historias hechas públicas de las malas experiencias de otras personas con la medicación.

D. *Variables interpersonales*
   1. Deficiente relación con el terapeuta y/o con el psiquiatra.
   2. Contexto clínico masificado, incómodo o desagradable.

E. *Variables cognitivas*
   1. Al paciente no le gusta la idea de tener que depender de los fármacos.
   2. El paciente piensa que debería ser capaz de controlar por sí mismo los cambios de humor.
   3. El paciente atribuye erróneamente los síntomas del trastorno bipolar a otra fuente.
   4. El paciente sospecha de las intenciones del psiquiatra.

Fuente: Adaptado de M. R. Basco y A. J. Rush (1996). *Cognitive-behavior therapy for bipolar disorder.* Nueva York: Guilford.

El contrato conductual incluye, en una segunda sección, una lista de factores que el paciente ha identificado como elementos que interfieren potencialmente con la adherencia al tratamiento (véase cuadro 18.9). El clínico ayuda al paciente a anticipar problemas con respecto a cada uno de los objetivos de la intervención (p. ej., «¿Qué podría suceder para que no tomaras la medicación? ¿Qué podría suceder para que no lo hicieras hasta tu próxima cita con el médico?»). Algunos pacientes que desean complacer a sus médicos dirán que nada evitará que tomen la medicación. Aunque este entusiasmo es normalmente verdadero, el profesional de la salud no debería omitir la discusión de los obstáculos que, aunque no planificados, podrían surgir. En estos casos, puede ser útil revisar las

experiencias pasadas en las que los pacientes han tenido problemas para continuar con el tratamiento tal como se había prescrito (p. ej., «¿Ha habido ocasiones en el pasado en las que fue difícil tomar siempre la medicación que se te prescribió o en las que cambiaste la forma de tomar la medicación? ¿Qué sucedió cuando añadiste fármacos por ti mismo para ayudar a controlar los síntomas?»).

CUADRO 18.9. *Contrato de adherencia: Parte II. Obstáculos a la adherencia*

Anticipo los siguientes problemas en el seguimiento de mi plan de tratamiento.

1. Podría ganar peso con el litio.
2. Un comprimido de Somnovit podría no ser suficiente de modo que tendría que tomar dos.
3. Podría no tener un vehículo con el que desplazarme en mi próxima cita.
4. Podría necesitar más medicinas antes de acudir de nuevo a consulta.

La última sección del contrato de adherencia consiste en planes para evitar o superar los obstáculos descritos en la sección anterior. Para cada obstáculo, el paciente y el profesional de la salud elaboran un plan que reduzca la probabilidad de que ocurra el problema o que afronte el obstáculo cuando surja. Los pacientes probablemente posean estrategias que hayan intentado en el pasado con distintos grados de éxito. El plan para superar cada obstáculo a la adherencia se escribe en la tercera parte del contrato de adherencia. En el cuadro 18.10 se proporciona un ejemplo.

CUADRO 18.10. *Contrato de adherencia: Parte III. Plan para reducir los obstáculos a la adherencia*

Para superar estos obstáculos, planifico hacer lo siguiente:

1. Conseguir una lista de comidas con grasas pidiéndosela al médico. Limitar la ingesta de alimentos grasos en cada comida. Comer dulces sólo dos veces a la semana.
2. Mejorar el sueño no bebiendo café u otras bebidas con cafeína después de las cuatro de la tarde.
3. Planificar por adelantado. Pedir a la familia que me lleve a la cita con el médico al menos una vez a la semana. Apartar dinero para tomar un taxi o un autobús si es necesario.
4. Si no puedo acudir a consulta antes de que se me acaben las medicinas, limitaré los fármacos extra a los que mi médico y yo hemos estado de acuerdo en que son seguros y útiles. Llamaré a mi asistente social si necesito ayuda.

El contrato lo puede desarrollar cualquiera de los profesionales de la salud que trabaja con el paciente y que está al tanto del plan de tratamiento con la medicación. Llevará aproximadamente unos 45 minutos desarrollar el contrato por primera vez. Éste se revisa en cada visita posterior, con el fin de modificar los objetivos de la intervención si es necesario, evaluar cualquier problema con la adherencia y modificar el plan para abordar los obstáculos al tratamiento en caso de necesidad. A veces, los pacientes se encontrarán más a gusto admitiendo falta de adherencia al tratamiento con otros clínicos que no sean sus médicos. Desean causar una buena impresión o temen las consecuencias de decepcionar a sus médicos. Un/a enfermero/a, un/a asistente social o un terapeuta pueden revisar el contrato durante sus encuentros regulares con los pacientes. El psiquiatra puede revisar el contrato de manera más breve, modificando el plan cuando sea necesario.

IV.7. *El control de los síntomas cognitivos subsindrómicos*

Los síntomas de depresión y manía incluyen cambios en el contenido, en la claridad y en el número de los pensamientos. En ambos estados emocionales, las cogniciones parecen ser tanto un producto del estado de ánimo como una variable que afecta al mismo. Los puntos de vista o las actitudes sobre uno mismo, el mundo o el futuro cambian, a menudo de forma no realista. El procesamiento de la información puede enlentecerse notablemente cuando la concentración se encuentra deteriorada por la depresión o cuando el flujo de pensamientos y la distraibilidad sobrecargan el sistema con demasiados datos. Los niveles de creatividad se alteran con la hipomanía y la manía, estimulando a menudo un exceso de nuevas ideas e inspiraciones, mientras que en la depresión la falta de generación de nuevas ideas puede llegar a un extremo agobiante. Tanto en la depresión como en la manía, la comprobación de la realidad puede estar deteriorada, especialmente cuando los episodios de los trastornos se encuentran en sus niveles más graves. El contenido de las ideas delirantes y de las alucinaciones son generalmente congruentes con el estado de ánimo.

La intervención de la TCC para el deterioro de la concentración en la depresión y en la manía es similar. La tarea consiste en reducir el ruido o la sobreestimulación y centrar el pensamiento en un objetivo a la vez. En la manía, esto no se lleva a cabo fácilmente debido a que el control interno sobre el flujo de pensamientos está limitado en muchas personas. Algunas encuentran que las técnicas de relajación y el control de la estimulación ambiental disminuyen el flujo de pensamientos. El fijarse en los síntomas ayudará a los pacientes a descubrir los cambios cognitivos al comienzo de su desarrollo, cuando son más fáciles de controlar.

IV.8. *Evaluación y modificación de las distorsiones cognitivas*

El análisis lógico de los pensamientos emocionalmente sesgados, bien sean pensamientos automáticos negativos asociados a la depresión, o bien pensamientos de sospecha o de ira que acompañan a la irritabilidad, o pensamientos manifies-

tamente positivos que acompañan a la manía, puede llevarse a cabo con técnicas de la terapia cognitiva tradicional, como la evaluación de su validez examinando las pruebas que los apoyan y los cuestionan o generando explicaciones alternativas. En el caso de pensamientos de irritación, de cólera o paranoides, puede ser especialmente útil enseñar a los pacientes a conseguir una distancia emocional con respecto al estímulo del pensamiento antes de intentar evaluar su validez. Este distanciamiento emocional puede ser lo suficientemente poderoso como para ayudar al individuo a conseguir una perspectiva menos emocional y más precisa de la situación.

Con respecto a los pensamientos sesgados positivamente, habitualmente no será el paciente sino las personas de su entorno quienes se quejarán del pensamiento demasiado optimista y poco realista. El paciente que está desarrollando un episodio hipomaníaco o maníaco puede sentirse mejor de lo habitual, tener más creatividad y más confianza en sí mismo y no ver nada patológico sobre estos cambios positivos. Por consiguiente, la señal para evaluar la validez de estos pensamientos será probablemente un terapeuta, un miembro de la familia, o aquellas personas del entorno laboral del paciente. Cuando se les plantea que evalúen los pensamientos con sesgo positivo, los pacientes a menudo se ofenden o se irritan. El mensaje de esta sugerencia es «no eres creativo sino que estás enfermo». Los individuos que temen tener otro episodio de manía y están sensibilizados a los cambios cognitivos que puedan ocurrir, cuestionarán su propio pensamiento cuando adquiera un sesgo positivo. Los pensamientos automáticos negativos que acompañan a la depresión o una manía o hipomanía irritables se acompañan por un desagradable cambio en el estado de ánimo. Este malestar, que no está presente en una manía o hipomanía eutímicas, servirá como la señal para observar y evaluar los pensamientos automáticos negativos.

Seguidamente presentaremos una breve revisión de algunos métodos para evaluar los pensamientos distorsionados positivos y negativos. Los diarios de pensamientos automáticos, como el *Registro diario de los pensamientos disfuncionales* (Beck *et al.*, 1979; Wright *et al.*, 1993), proporcionan una estructura para la evaluación. Cuando tiene lugar un cambio en el estado de ánimo, se indica la fecha y las circunstancias bajo las que ocurrió el cambio de humor. El estímulo puede ser un acontecimiento del entorno de la persona o algo interno, como el recuerdo de un suceso pasado. Se necesitará cierta práctica para ser capaz de identificar el estímulo específico de un cambio del estado de ánimo. Debido a que los episodios del trastorno bipolar son desencadenados a menudo biológicamente, puede que no haya estímulos identificables para un cambio en el estado de ánimo. Luego, el paciente describe los tipos de emociones que está experimentando (p. ej., tristeza, ira, ansiedad). Si se encuentran presentes simultáneamente varias emociones (p. ej., tristeza mezclada con ansiedad), describe cada una de ellas. Emplea una escala de 0 a 100 para evaluar la intensidad aproximada de estas emociones cuando se experimentaron inicialmente (es decir, en el momento de producirse el acontecimiento). En esta escala, el 0 es la ausencia de emoción y el 100 es la mayor intensidad de la emoción que se haya experimentado alguna vez. Reevaluar la intensidad de estas mismas emociones cuando se experimentan en el momento en que se intenta el ejercicio del análisis lógico.

La razón para realizar estas dos evaluaciones se encuentra en que normalmente hay un cambio en la intensidad de la emoción desde el momento del cambio de humor inicial al momento en que se empieza el ejercicio. Puede producirse un aumento en la intensidad de la emoción causado por un conjunto de problemas (p. ej., los estímulos estresantes se vuelven más complicados o difíciles) o por el darle vueltas al acontecimiento estimular. De igual manera, puede darse una disminución en la intensidad con el paso del tiempo y la distancia emocional con respecto al estímulo o pensando en el problema e intentando una solución. Los cambios en la dirección de la intensidad emocional y sus causas ayudarán a los terapeutas a entender mejor cómo afrontarán los pacientes internamente los cambios emocionales. Se hace que el paciente escriba los pensamientos que estaban asociados a cada emoción descrita. Utilizando la misma escala de 0 a 100, se evalúa la intensidad con la que, según se piensa, se daba el pensamiento automático en el momento de ocurrencia del acontecimiento. En este caso, el 0 significa una ausencia total de creencia en la idea y 100 significa una certeza absoluta. Se hace que el paciente reevalúe la intensidad con la que creía se daba el pensamiento automático en el momento en que se inicia el ejercicio del análisis lógico.

Para empezar a disminuir la intensidad del cambio emocional, se selecciona uno de los pensamientos automáticos que está asociado con el cambio emocional más intenso o uno que el paciente identifique como especialmente perturbador. La tarea del análisis lógico consiste en generar, en primer lugar, evidencias que apoyen y cuestionen el pensamiento automático y luego revisar de forma objetiva las pruebas y sacar una conclusión. El paciente describe las evidencias que apoyen y cuestionen el pensamiento automático bajo análisis en dos columnas. Es considerablemente más potente que el paciente genere las pruebas, en vez de aceptar la palabra del terapeuta. Éste puede hacer preguntas para estimular al paciente a que considere otras pruebas y proporciona algunas sugerencias.

Después de que el paciente examina las evidencias a favor y en contra del pensamiento, puede llegar a la conclusión de que el pensamiento no es válido, de que las pruebas no son concluyentes o de que el pensamiento es realmente válido. Si el pensamiento no es válido, se ayuda el paciente a revisar el pensamiento automático original para hacerle más correcto. Por ejemplo, «Soy un completo perdedor» podría modificarse a «Cometí un error». De nuevo, es más eficaz cuando el paciente revisa el pensamiento. Si éste es válido (p. ej., «Mi olvido hizo que la compañía perdiese el contrato»), el paciente debería evaluar las consecuencias potenciales que le siguen así como la probabilidad de que esas consecuencias tengan lugar («Podría perder mi empleo» —50% de probabilidad). Si la probabilidad es elevada y las consecuencias son importantes, se adopta un enfoque de solución de problemas con el fin de generar un plan para disminuir la probabilidad de consecuencias negativas y/o para afrontar su ocurrencia (p. ej., «Hablar con el jefe sobre mi error. Hablar sobre lo seguro de mi puesto. Leer anuncios de nuevos trabajos potenciales en el caso de que me despidieran. Encontrar formas de compensar mi escasa concentración y memoria»).

Si las evidencias no son concluyentes, determinar qué tipo de pruebas serían necesarias para confirmar o descartar el pensamiento (p. ej., «No estoy seguro/a

de que fuese mi culpa. Necesitaré preguntárselo a mi jefe para estar seguro/a»). Generar un plan para recoger más pruebas (p. ej., «Hablaré primero con un compañero de trabajo en el que confío. Luego, hablaré con mi jefe sobre el suceso»). Cuando se ha terminado el ejercicio, reevaluar la intensidad de cada emoción descrita en un principio. Reevaluar la intensidad de la creencia en cada pensamiento automático. Si el ejercicio fue útil, debería disminuir la intensidad de la emoción. Si ésta sigue siendo elevada, explorar los pensamientos automáticos asociados ahora con la emoción y repetir el ejercicio.

En la manía, una preocupación frecuente entre los pacientes y los miembros de su familia, los amigos y los socios laborales, es el estado de ánimo eufórico y el deseo de hacer cambios extremos en el trabajo o en las relaciones. El paciente maníaco o hipomaníaco pueden tener más confianza en sí mismo y creer que sus ideas tienen la garantía del éxito, mientras que los demás encuentran estos planes arriesgados o inapropiados. Una estrategia para enlentecer el proceso y reducir la adopción de excesivos riesgos consiste en evaluar la validez de que estas nuevas ideas tengan, de hecho, garantizado el éxito, empleando el método descrito anteriormente. Quizás un procedimiento más útil de evaluar nuevas ideas es examinar las ventajas y desventajas de llevar a cabo el nuevo plan (p. ej., cambiar de trabajo, realizar una inversión económica, terminar o empezar una relación amorosa) y las ventajas y desventajas de no llevarlo a cabo (p. ej., conservar el *statu quo*). Si el paciente, la familia o el terapeuta no tienen claro si las nuevas ideas son planes creativos o se deben a un síntoma de la manía que está condenado al fracaso, se siguen registrando los síntomas empleando un gráfico del estado de ánimo antes de realizar ningún cambio (p. ej., «Si es una buena idea hoy, también será una buena idea la semana que viene»). Hay que recordar al paciente de qué forma la urgencia por actuar puede ser un síntoma de la hipomanía.

IV.9. *El control de los síntomas conductuales subsindrómicos*

Las intervenciones que activan a la conducta empleadas en la terapia cognitiva tradicional para la depresión funcionan también en la contención de la actividad en la hipomanía o las primeras fases de la manía. En la depresión, se da a menudo una autocrítica sobre la falta de actividad que debería evaluarse mientras se llevan a cabo las intervenciones conductuales. El aumento de la actividad debería mejorar una visión negativa de uno mismo y la sensación de estar abrumado. En la manía, las cogniciones que rodean al exceso de actividad y la desorganización que la acompaña están relacionadas con temas de autocontrol. El éxito por medio de la contención conductual no sólo ayuda a reducir la estimulación que perturba el sueño y hace progresar la manía, sino que puede ayudar también a mejorar la sensación de autoeficacia de los pacientes.

Las intervenciones conductuales, tanto para la depresión como para la manía, implican el establecimiento de objetivos y la planificación y puesta en práctica de una serie limitada de actividades. El aumento de la estimulación mental en la manía puede hacer que el paciente se cargue con demasiados planes, la mayoría de los cuales están poco organizados. En la depresión, el paciente se encuentra normalmente demasiado abrumado para organizar e iniciar actividades, acumulándose, por consiguiente, las responsabilidades del trabajo o de la casa. Sentirse abrumado por las responsabilidades sólo sirve para empeorar la inercia. El establecimiento de objetivos ayuda a organizar los pensamientos y los planes del paciente. Existen muchos formatos para el establecimiento de objetivos. Normalmente empiezan haciendo que el paciente ponga en una lista todas las actividades o conductas que quiere o tiene que realizar. Puede iniciarse esta parte de la intervención durante la sesión de terapia y terminarse como tarea para casa. Tanto el paciente maníaco como el deprimido crearán listas con más actividades de las que pueden llevar a cabo de forma inmediata.

El segundo paso consiste en poner en orden de prioridad las actividades propuestas. Primero se intentarán los elementos de mayor prioridad. En la depresión, la cantidad de actividad asignada dependerá del nivel de energía del paciente. Se asignará sólo la actividad que pueda ser llevada a cabo de forma realista antes de la siguiente sesión de terapia. Esto puede ser perturbador para algunos pacientes que se consideran culpables sobre su inercia y sienten la necesidad de ponerse al día tan pronto como puedan.

En la hipomanía, se tiene que limitar también la cantidad de actividad asignada como tarea para casa. Aunque el paciente pueda pensar que es capaz de llevar a cabo todo lo que se le presente, el continuo surgimiento de nuevas ideas junto con la distraibilidad conducen normalmente a empezar muchos proyectos, pero acabar pocos. El aumento de la actividad durante el día significa exceso de estimulación y menos sueño por la noche. Este proceso alimenta la hipomanía que, a su vez, alimenta la actividad mental y física, empujando al episodio hacia la manía.

Una forma de satisfacer al paciente deprimido acosado por la culpa y al paciente hipomaníaco entusiasta consiste en asignar dos grupos de actividades, una "lista A" y una "lista B". La "lista A" incluye actividades que tienen una mayor prioridad. Si el paciente termina las tareas o las actividades de la "lista A", puede seguir con las de la "lista B". El clínico debe emplear su juicio sobre cuánto puede llevarse a cabo de modo razonable entre sesiones sin que el paciente pierda el sueño. Que el paciente deprimido empiece con unos cuantos elementos (1 ó 2) de la "lista A" que puedan terminarse fácilmente. En el caso de la persona que se encuentra en un estado hipomaníaco, la idea es proporcionar la actividad suficiente de modo que sea satisfactoria y concentre la energía extra, pero evitar la sobreestimulación o el "quemarse las pestañas". El énfasis debería ponerse en acabar un proyecto antes de empezar otro.

IV.10. *La reducción de los estímulos estresantes psicosociales*

El último componente del enfoque de TCC para el tratamiento del trastorno bipolar consiste en la reducción de los estímulos estresantes psicosociales. Los episodios de depresión y de manía interfieren con el funcionamiento en casa, en el trabajo y en las relaciones sociales al comprometer, en parte, la capacidad de

la persona para solucionar los problemas de la vida diaria. Síntomas tales como la inactividad, la irritabilidad, la adopción de riesgos o la impulsividad, agravan el estrés del paciente y el de los miembros de su familia. La emocionalidad del sujeto y las reacciones de los demás perturban las relaciones. Antes de que los miembros de la familia o los amigos reconozcan las conductas del individuo como síntomas de una enfermedad, es más probable que tomen los comentarios del paciente de forma superficial. Esto servirá para cultivar resentimientos, que no desaparecen cuando el episodio de depresión o de manía del sujeto termina. Los problemas residuales pueden ser negativos para todos y contribuyen al desarrollo de un ambiente estresante que puede predisponer a algún otro episodio del trastorno. La terapia, por consiguiente, tiene que trabajar para solucionar estímulos estresantes psicosociales que ya existen, enseñar habilidades para afrontar los nuevos problemas conforme se van presentando y proporcionar a los pacientes retroalimentación correctora sobre sus habilidades de comunicación interpersonal, de modo que puedan mantener relaciones saludables.

IV.11. *La solución de problemas psicosociales*

Para algunos pacientes, la intervención en la crisis puede ser la razón por la que se acudió a terapia. Por consiguiente, se les plantea a los terapeutas abordar los problemas presentes mientras intentan enseñar las habilidades del TCC que se han descrito anteriormente. Es fácil distraerse por temas que se piensa están presionando al individuo y a su familia. Si el número de sesiones se limita por cuestiones económicas, puede que no haya tiempo suficiente para un entrenamiento en habilidades completo. Sin embargo, conforme el terapeuta ayuda al sujeto a solucionar las crisis, puede enseñar habilidades de solución de problemas. Esto permite que el paciente tenga una estructura para abordar futuros problemas cuando el terapeuta no puede estar presente.

La identificación y definición del problema es el primer paso para su solución, pero puede estar distorsionado o desdibujado por el estado de ánimo del paciente. Se le debería estimular a éste a ser específico sobre la conducta, la situación, el momento y/o las circunstancias que son problemáticos. Si hay más de un participante en la terapia, puede ser necesaria cierta discusión hasta que haya un acuerdo sobre el planteamiento del problema (p. ej., «Las facturas vencen mañana y no tenemos dinero suficiente para pagarlas todas»). El segundo paso del proceso consiste en generar soluciones potenciales al problema. Es más útil empezar por listar todas las posibles soluciones sin evaluar su calidad o viabilidad. Después de revisar cada una de ellas y eliminar las soluciones menos deseables o razonables, pueden ordenarse las soluciones restantes en función de su probabilidad de éxito. Si una solución no se presenta como la más adecuada, se evalúan las restantes soluciones en función de sus ventajas y desventajas. Se ha de especificar cómo, cuándo, y por quién se llevará a cabo la solución y se asigna esto como tarea para casa. Se evalúan los resultados y, si no son completamente satisfactorios, se revisa el plan existente para abordar mejor el problema.

IV.12. *La comunicación interpersonal*

Uno de los obstáculos más frecuentes a la buena comunicación es la emoción. Ésta constituye un filtro a través del cual se pueden distorsionar los mensajes. El trastorno bipolar está caracterizado por cambios emocionales extremos que se acompañan por cambios en la visión de uno mismo y de los demás. Tanto los cambios cognitivos o actitudinales como los cambios emocionales afectarán a cómo son enviados y recibidos los mensajes. Esto tiene como resultado que en el puesto de oyente se escuchen cosas diferentes de las que se intentaron enviar. Las respuestas reflejarán, a su vez, lo que se oyó en vez de lo que se intentó comunicar. En estas situaciones, no tarda mucho tiempo en desarrollarse la tensión o el conflicto. El objetivo de la terapia consiste en reducir los filtros que distorsionan la comunicación, de modo que el paciente pueda enviar mensajes a los demás de manera eficaz y recibirlos sin malinterpretarlos. Las siguientes constituyen un resumen de las reglas de comunicación que ayudarán al proceso:

- *Permanece tranquilo/a.* La ira dictará la elección de las palabras y de las soluciones que se ofrecen. Es mejor esperar hasta que se calme la emoción que arriesgarse a tomar decisiones erróneas en el calor de la ira.
- *Organízate.* Tómate el tiempo necesario para pensar sobre un problema y su posible solución antes de discutirlo con los demás.
- *Sé específico.* Las quejas globales (p. ej., «No puedo aguantarlo más», «No me apoyas») no se solucionan fácilmente y conducen normalmente a un mayor conflicto puesto que fuerza al que recibe la queja a defenderse, a menudo contraatacando. Se especifica la acción, el acontecimiento o el proceso que es problemático.
- *Sé claro.* El intentar ser amable por medio de expresiones vagas deja mucho espacio para la interpretación errónea.
- *Sé un buen oyente.* La escucha activa sin interrupción significa intentar comprender la perspectiva del que habla en vez de utilizar el tiempo de habla de la otra persona como una oportunidad para preparar una respuesta (o defenderse).
- *Sé flexible.* Considera las ideas de los demás antes de seleccionar una solución.
- *Sé creativo/a.* Al generar una solución a un problema específico es útil ir más allá de las estrategias empleadas en el pasado. Sé imaginativo. Intenta nuevos planes. Si no funcionan, se puede utilizar otro método.
- *Hazlo sencillo.* Resiste el impulso de sacar a discusión otros problemas o temas que te vengan a la cabeza. Vigila la conversación para no apartarte del punto principal. Soluciona un problema cada vez.

Aunque estas reglas parecen bastante fáciles de seguir, lleva práctica ser un buen comunicador, especialmente si el tema es conflictivo o si la persona se está sintiendo deprimida, irritable o ansiosa. La clave para el entrenamiento en comunicación con éxito yace en enlentecer el proceso, de modo que se le puedan

señalar al sujeto las virtudes y los defectos de sus habilidades de comunicación. El paciente, y a veces los miembros de su familia, necesitan una evaluación objetiva de sus conductas de comunicación. La autoobservación, aunque útil, está sesgada por la visión sobre sí mismo del que habla y el grado de adecuación de sus mensajes. Las observaciones objetivas del terapeuta pueden ser muy valiosas si el paciente está preparado para oírlas.

V. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

Se puede defender con fuerza el empleo de la TCC como una ayuda a la terapia farmacológica en pacientes con un trastorno afectivo bipolar. Afortunadamente, se esperan más datos empíricos para establecer la razón coste/eficacia de esta estrategia añadida. En el caso del trastorno bipolar, centrarse exclusivamente en la farmacoterapia es ahorrativo en los pequeños detalles, pero en realidad es derrochador en los aspectos importantes. La falta de atención a las cuestiones psicosociales que afectan al modo en que los pacientes afrontan este trastorno crónico y devastador dará como resultado episodios recurrentes de la enfermedad y la necesidad de tratamientos más caros como las hospitalizaciones y las consultas de urgencia. Mientras tanto, la capacidad de los pacientes para funcionar continúa disminuyendo y contribuyen cada vez menos en sus papeles laborales y sociales. Se necesita también más investigación para determinar qué elementos de la intervención de la TCC para el trastorno bipolar son más útiles en su ayuda a los pacientes con el fin de controlar los síntomas lo máximo que puedan a lo largo de sus vidas. El desafío que se plantea a los clínicos es proporcionar un tratamiento amplio, como el expuesto aquí, en un contexto para el cuidado de la salud en el que cuanto más barato sea el tratamiento mejor se considerará al mismo.

REFERENCIAS

Aagaard, J. y Vestergaard, P. (1990). Predictors of outcome in prophylactic lithium treatment: A 2-year prospective study. *Journal of Affective Disorders, 18*, 259-266.

Altamura, A. C. y Mauri, M. (1985). Plasma concentration, information and therapy adherence during long-term treatment with antidepressants. *British Journal of Clinical Pharmacology, 20*, 714-716.

Altshuler, L. L., Post, R. M., Leverich, G. S., Mikalauskas, K., Rosoff, A. y Ackerman, L. (1995). Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: A controversy revisited. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1130-1138.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) *(DSM-IV)*. Washington, D.C.: APA.

Angst, J. (1981). Clinical indications for a prophylactic treatment of depression. *Advances in Biological Psychiatry, 7*, 218-229.

Aronson, T. A. y Skukla, S. (1987). Life events and relapse in bipolar disorder: The impact of a catastrophic event. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 75*, 571-576.

Baastrup, P. C. y Schou, M. (1967). Lithium as a prophylactic agent: Its effect against recurrent depression and manic-depressive psychosis. *Archives of General Psychiatry, 16*, 162-172.

Baastrup, P. C., Poulsen, J. C., Schou, M., Thomsen, K. y Amdisen, A. (1970). Prophylactic lithium: Double-blind discontinuation in manic-depressive and recurrent depressive disorders. *Lancet, 2*, 326-330.

Basco, M. R. y Rush, A. J. (1996). Compliance with pharmacotherapy in mood disorders. *Psychiatry Annals, 25*, 78-82.

Basco, M. R. y Rush, A. J. (1996). *Cognitive-behavior therapy for bipolar disorder*. Nueva York: Guilford.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.

Benson, R. (1975). The forgotten treatment modality in bipolar illness: Psychotherapy. *Disorders of the Nervous System, 35*, 634-638.

Bidzinska, E. J. (1984). Stress factors in affective diseases. *British Journal of Psychiatry, 144*, 161-166.

Blackburn, I. M., Evanson, K. M. y Bishop, S. (1986). A two year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *Journal of Affective Disorders, 10*, 67-75.

Bowden, C. L., Brugger, A. M., Swann, A. C., Calabrese, J. R., Janicak, P. G., Petty, F., Dilsaver, S. C., Davis, J. M., Rush, A. J., Small, J. G., Garza-Trevino, E. S., Risch, S. C., Goodnick, P. J. y Morris, D. D. (1994). Efficacy of divalproex sodium vs. lithium and placebo in the treatment of mania. *Journal of the American Medical Association, 271*, 918-924.

Calabrese, J. R. y Delucchi, G. A. (1990). Spectrum of efficacy of valproate in 55 patients with rapid-cycling bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 147*, 431-434.

Clarkin, J. F., Glick, I. D., Haas, G. L., Spencer, J. H., Lewis, A. B., Peyser, J., DeMane, N., GoodEllis, M., Harris, E. y Listell, V. (1990). A randomized clinical trial of inpatient family intervention. V. Results for affective disorders. *Journal of Affective Disorders, 18*, 1728.

Cochran, S. D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 873-878.

Connelly, C. E. (1984). Compliance with outpatient lithium therapy. *Perspectives in Psychiatric Care, 22*, 44-50.

Connelly, C. E., Davenport, Y. B. y Nurnberger, J. I. (1982). Adherence to treatment regimen in a lithium carbonate clinic. *Archives of General Psychiatry, 39*, 585-588.

Coppen, A., Noguera, R., Bailey, J., Burns, B. H., Swani, M. S., Hare, E. H., Gardner, R. y Maggs, R. (1971). Prophylactic lithium in affective disorders: Controlled trial. *Lancet, 2*, 275-279.

Coppen, A., Peet, M., Baily, J., Noguera, R., Burns, B., Swani, M., Maggs, R. y Gardner, R. (1973). Double-blind and open prospective studies of lithium prophylaxis in affective disorders. *Psychiatry, Neurology and Neurochirurgy, 75*, 500-510.

Cundall, R. L., Brooks, P. W. y Murray, L. G. (1972). A controlled evaluation of lithium prophylaxis in affective disorders. *Psychological Medicine, 2*, 308-311.

Danion, J. M., Neureuther, C., Krieger-Finance, F., Imbs, J. L. y Singer, L. (1987). Compliance with long-term lithium treatment in major affective disorders. *Pharmacopsychiatry, 20,* 230-231.
Davenport, Y. B., Ebert, M. H., Adland, M. L. y Goodwin, F. K. (1977). Couples group therapy as an adjunct to lithium maintenance of the manic patient. *American Journal of Orthopsychiatry, 47,* 495-502.
Dubobsky, S. I., Franks, R. D., Allen, S. y Murphy, J. (1986). Calcium antagonists in mania: A double blind study of verapamil. *Psychiatry Research, 18,* 309-320.
Dunner, D. L., Murphy, D., Stallone, R. y Fieve, R. R. (1979). Episode frequency prior to lithium treatment in bipolar manic-depressive patients. *Comprehensive Psychiatry, 20,* 511-515.
Fava, G. A., Grandi, S., Zielezny, M., Canestrari, R. y Morphy, M. A. (1994). *American Journal of Psychiatry, 151,* 1295-1299.
Fieve, R. R., Kumbaraci, T. y Dunner, D. L. (1976). Lithium prophylaxis of depression in bipolar I, bipolar II, and unipolar patients. *American Journal of Psychiatry, 133,* 925-930.
Gelenberg, A. J., Carroll, J. A., Baudhuin, M. G., Jefferson, J. W. y Greist, J. H. (1989). The meaning of serum lithium levels in maintenance therapy of mood disorders: A review of the literature. *Journal of Clinical Psychiatry, 50 (Suppl.),* 17-22.
Glassner, B. y Haldipur, C. V. (1983). Life events and early and late onset of bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 140,* 215-217.
Goodwin, F. K. y Jamison, K. R. (1990). *Manic-depressive illness.* Nueva York: Oxford University Press.
Hollon, S. D., Shelton, R. C. y Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 88-99.
Jacob, M., Frank, E., Kupfer, D. J., Cornes, C. y Carpenter, L. L. (1987). A psychoeducational workshop for depressed patients. *Hospital and Community Psychiatry, 38,* 968-972.
Jarrett, R. B., Basco, M. R., Ramanan, J. y Rush, A. J. (1993). *Is there a role for continuation phase cognitive therapy for depressed outpatients?* (manuscrito sin publicar).
Keller, M. B., Shapiro, R. W., Lavori, P. W. y Wolfe, N. (1982). Relapse in major depressive disorder: Analysis with the life table. *Archives of General Psychiatry, 39,* 911-915.
Keller, M. B., Lavori, P. W., Kane, J. M., Gelenberg, A. J., Rosenbaum, J. F., Walzer, E. A. y Baker, L. A. (1992). Subsyndromal symptoms in bipolar disorder: A comparison of standard and law serum levels of lithium. *Archives of General Psychiatry, 49,* 371-376.
Kennedy, S., Thompson, R., Stancer, H., Roy, A. y Persad, E. (1983). Life events precipitating mania. *British Journal of Psychiatry, 142,* 398-403.
Kraepelin, E. (1921/1976). Manic depressive insanity and paranoia. En G. M. Robertson (dir.), *Textbook of Psychiatry.* Nueva York: Arno Press. (Traducido por R. M. Barclay, trabajo original publicado en 1921.)
Kucera-Bozarth, K., Beck, N. C. y Lyss, L. (1982). Compliance with lithium regimens. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 20,* 11-15.
Luznat, R., Murphy, D. P. y Nonn, C. M. H. (1988). Carbamazapine vs lithium in the treatment and prophylaxis of mania. *British Journal of Psychiatry, 153,* 198-204.
McPherson, H., Herbison, P. y Romans, S. (1993). Life events and relapse in establishe bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry, 163,* 381-385.
Miller, I. W., Norman, W. H. y Keitner, G. I. (1989). Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients: Six- and twelve-month follow-ups. *American Journal of Psychiatry, 146,* 1274-1279.

Miller, I. W., Norman, W. H. y Keitner, G. I. (1990). Treatment response of high cognitive dysfunction depressed inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 30,* 62-71.
Murphy, D. L. y Beigel, A. (1974). Depression, elation, and lithium carbonate responses in manic patient subgroups. *Archives of General Psychiatry, 31,* 643-648.
Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzel, R. D. y Lustman, P. J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry, 41,* 33-41.
Myers, E. D. y Calvert, E. J. (1984). Information, compliance and side-effects: A study of patients on antidepressant medication. *British Journal of Clinical Pharmacology, 17,* 21-25.
Peet, M. y Harvey, N. S. (1991). Lithium maintenance: A standard education program for patients. *British Journal of Psychiatry, 158,* 197-200.
Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry, 149,* 999-1010.
Powell, B. J., Othmer, E. y Sinkhorn, C. (1977). Pharmacological aftercare for homogeneous groups of patients. *Hospital and Community Psychiatry, 28,* 125-127.
Prien, R. F., Caffey, E. M., Jr. y Klett, C. J. (1973*a*). Prophylactic efficacy of lithium carbonate in manic-depressive illness. *Archives of General Psychiatry, 26,* 146-153.
Prien, R. F., Klett, C. J. y Caffey, E. M., Jr. (1973*b*). Lithium carbonate and imipramine in prevention of affective episodes: A comparison in recurrent affective illness. *Archives of General Psychiatry, 29,* 420-425.
Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D. y Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry, 41,* 949-958.
Roy-Byrne, P., Post, R. M., Uhde, T. W., Porcu, T. y Davis, D. (1985). The longitudinal course of recurrent affective illness: Life chart data from research patients at the NIMH. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 71* (Suppl. 317), 1-34.
Rush, A. J., Beck, A. T. y Kovacs, M. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research, 1,* 17-37.
Schwarcz, G. y Silbergeld, S. (1983). Serum lithium spot checks to evaluate medication compliance. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 3,* 356-358.
Seltzer, A., Roncari, I. y Garfinkel, P. (1980). Effect of patient education on medication compliance. *Canadian Journal of Psychiatry, 25,* 638-645.
Shakir, S. A., Volkmar, F. R. y Bacon, S. (1979). Group psychotherapy as an adjunct to lithium maintenance. *American Journal of Psychiatry, 136,* 455-456.
Small, J. G., Klapper, M. H., Milstein, V., Kellams, J. J., Miller, M. J., Marhenke, J. D. y Small, I. F. (1991). Carbamazapine compared with lithium in the treatment of mania. *Archives of General Psychiatry, 48,* 915-921.
Spalt, L. (1975). Sexual behavior and affective disorders. *Disorders of the Nervous System, 36,* 974-977.
Stallone, F., Shelley, E., Mendlewicz, J. y Fieve, R. R. (1973). The use of lithium in affective disorders: III.: A double blind study of prophylaxis in bipolar illness. *American Journal of Psychiatry, 130,* 1006-1010.
Suppes, T., Baldessarini, R. J., Faedda, G. L., y Tohen, M. (1991). Risk of recurrence following discontinuation of lithium treatment in bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry, 48,* 1082-1088.
Thase, M. E., Simons, A. D., McGeary, J., Cahalane, J. F., Hughes, C., Hrden, T. y Friedman, E. (1992). Relapse after cognitive behavior therapy of depression: Potential implications of longer-term courses of treatment. *American Journal of Psychiatry, 149,* 1046-1052.

Thase, M. E. y Wright, J. H. (1991). Cognitive behavior therapy with depressed inpatients: An abridged treatment manual. *Behavior Therapy, 22,* 595.
Van Gent, E. M. y Zwart, F. M. (1991). Psychoeducation of partners of bipolar manic patients. *Journal of Affective Disorders, 21,* 15-18.
Wehr, T. A., Sack, D. A. y Rosenthal, N. E. (1987). Sleep reduction as a final common pathway in the genesis of mania. *American Journal of Psychiatry, 144,* 201-204.
Weissman, M. M., Leaf, P. F., Bruce, M. L. y Florio, L. (1988). The epidemiology of dysthymia in 5 communities: Rates, risk, comorbidity and treatment. *American Journal of Psychiatry, 145,* 815-819.
Whisman, M. A., Miller, I. W., Norman, W. H. y Keitner, G. A. (1991). Cognitive therapy with depressed inpatients: Side effects on dysfunctional cognitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 282-288.
Winokur, G., Clayton, P. J. y Reich, T. (1969). *Manic depressive illness.* St. Louis: C.V. Mosby.
Wulsin, L., Bachop, M. y Hoffman, D. (1988). Group therapy in manic-depressive illness. *American Journal of Psychotherapy, 2,* 263-271.
Youssel, F. A. (1983). Compliance with therapeutic regimens: A follow-up study for patients with affective disorders. *Journal of Advances in Nursing, 8,* 513-517.
Zis, A. P. y Goodwin, F. K. (1979). Major affective disorders as a recurrent illness: A critical review. *Archives of General Psychiatry, 36,* 835-839.
Zis, A. P., Grof, P., Webster, M. y Goodwin, F. K. (1980). Prediction of relapse in recurrent affective disorder. *Psychopharmacology Bulletin, 16,* 47-49.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

Basco, M. R. y Rush, A. J. (1996). *Cognitive-behavior therapy for bipolar disorder.* Nueva York: Guilford.
Beck, A. T., Shaw, B. F., Rush, A. J. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* Nueva York: Guilford.
Cochran, S. D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 873-878.
Goodwin, F. K. y Jamison, K. R. (1990). *Manic-depressive illness.* Nueva York: Oxford University Press.
Palmer, A. G., Williams, H. y Adams, M. (1995). CBT in a group format for bi-polar affective disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23,* 153-168.
Wright, J. H., Thase, M. E., Beck, A. T. y Ludgate, J. W. (1993). *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu.* Nueva York: Guilford.

FUENTES DE MATERIALES EDUCATIVOS

National Mental Health Information Center
National Mental Health Association
1021 Prince St.
Alexandria, Virginia
USA
(800) 969-6642
(703) 684-7722

National Institute of Mental Health and the D/ART Program
National Institute of Mental Health
Public Inquiries Branch, Room 15C-05
5600 Fishers Lane
Rockville, MD 20857
USA
800/2234427

National Depressive and Manic Depressive Association
53 West Jackson Boulevard, Room 618
Chicago, Il 60604
USA
312/642-0049
312/939-2442

National Alliance for the Mentally Ill
2101 Wilson Boulevard, Suite 302
Arlington, Va 22201
USA
800/950-6264

Psicología
Psiquiatría
Psicoterapia

Últimos títulos publicados

175. M. A. Caudill - *Controle el dolor antes de que el dolor le controle a usted*
176. F. Casas - *Infancia: perspectivas psicosociales*
177. E. N. Forman y R. E. Ladd - *Dilemas éticos en pediatría*
178. D. Greenberger y C. A. Padesky - *El control de tu estado de ánimo*
179. J. Corominas - *Psicopatología arcaica y desarrollo: ensayo psicoanalítico*
180. J. Molzeszowicz - *Psicofarmacología psicodinámica IV*
181. L. Salvarezza (comp.) - *La vejez*
182. A. Ellis - *Una terapia breve más profunda y duradera*
183. M. D. Yapko - *Lo esencial de la hipnosis*
184. W. R. Miller y S. Rollnick (comps.) - *La entrevista motivacional*
185. M. H. Marx y W. A. Hillix - *Sistemas y teorías psicológicas contemporáneas*
186. S. F. Rief - *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad*
187. E. T. Gendlin - *El focusing en psicoterapia*
188. L. S. Greenberg y S. C. Paivio - *Trabajar con las emociones en psicoterapia*
189. E. H. Erikson - *El ciclo vital completado*
190. A. T. Beck y otros - *Terapia cognitiva de las drogodependencias*
191. E. Joselevich (comp.) - *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD) en niños, adolescentes y adultos*
192. S. Haber (comp.) - *Cáncer de mama: manual de tratamiento psicológico*
193. L. Bin y otros (comps.) - *Tratamiento psicopedagógico. Red interinstitucional en el ámbito de la salud*
194. E. Kalina - *Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica*
195. R. O. Benenzon - *Musicoterapia. De la teoría a la práctica*
196. I. D. Yalom - *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*
197. D. Páez y M. M. Casullo (comps.) - *Cultura y alexitimia. ¿Cómo expresamos lo que sentimos?*
198. A. Bentovim - *Sistemas organizados por traumas. El abuso físico y sexual en las familias*
199. R. D'Alvia (comp.) - *El dolor. Un enfoque interdisciplinario*
200. G. Rinaldi - *Prevención psicosomática del paciente quirúrgico*
201. J. Freeman y otros - *Terapia narrativa para niños*
202. H. G. Procter (comp.) - *Escritos esenciales de Milton H. Erickson. Volumen I. Hipnosis y psicología*
203. H. G. Procter (comp.) - *Escritos esenciales de Milton H. Erickson. Volumen II. Terapia psicológica*
204. B. F. Okun - *Ayudar de forma efectiva* (Counseling)
205. G. A. Kelly - *Psicología de los constructos personales*
206. A. Semerari - *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*
207. E. Torras de Beà - *Dislexia en el desarrollo psíquico: su psicodinámica*
208. M. Payne - *Terapia narrativa*
209. B. Blain de Touzet - *Tartamudez. Una influencia con cuerpo y alma*
210. E. Joselevich (comp.) - *AD/HD: Qué es, qué hacer*
211. C. Botella, R. M. Baños y C. Perpiñá (comps.) - *Fobia social*
212. J. Corsi (comp.) - *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*
213. S. Velázquez - *Violencias cotidianas, violencia de género*
214. M. M. Linehan - *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*
215. B. L. Duncan - *Psicoterapia con casos «imposibles»*
217. I. Caro - *Psicoterapias cognitivas*
218. M. Garrido, P. Jaén y A. Álvarez (comps.), *Ludopatía y relaciones familiares*
219. I. Navarro Góngora - *Enfermedad y familia*
220. H. Fernández-Álvarez y R. Opazo (comps.) - *La integración en psicoterapia*
221. E. Kuipers y otros - *Esquizofrenia. Guía práctica de trabajo con las familias*
222. E. Joselevich - *¿Soy un adulto con AD/HD?*
223. J. Balbi - *La mente narrativa*
227. C. F. Newman, R. L. Leahy, A. T. Beck, N. A. Reilly-Harrington y L. Gyulai - *El trastorno bipolar. Una aproximación desde la terapia cognitiva*

Cory F. Newman, Robert L. Leahy, Aaron T. Beck,
Noreen A. Reilly-Harrington y Laszlo Gyúlai

EL TRASTORNO BIPOLAR

Una aproximación desde la terapia cognitiva

PAIDÓS
Barcelona
Buenos Aires
México

Título original: *Bipolar Disorder. A Cognitive Therapy Approach*
Publicado en inglés, en 2002, por la American Psychological Association, Washington D.C.
Traducción publicada con permiso de la APA

Traducción de Genís Sánchez Barberán

Cubierta de Diego Feijóo

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

© 2002 by the American Psychological Association. All Rights reserved
© 2005 de la traducción, Genís Sánchez Barberán
© 2005 de todas las ediciones en castellano,
Ediciones Paidós Ibérica, S.A.,
Mariano Cubí, 92 - 08021 Barcelona
http://www.paidos.com

ISBN: 84-493-1699-5
Depósito legal: B-6.276/2005

Impreso en Novagràfik, S.L.
Vivaldi, 5 - 08110 Montcada i Reixac (Barcelona)

Impreso en España - Printed in Spain

A mi preciosa hija, Lindsey
Cory F. Newman

A Helen
Robert L. Leahy

A Phyllis
Aaron T. Beck

A Joe, Joseph Timothy, Anne y Gene
Noreen A. Reilly-Harrington

A Peggy y Gregory
Laszlo Gyulai

Conclusión

El trastorno bipolar es una enfermedad heterogénea que comprende muchos subtipos, entre ellos el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II. Las supuestas causas del trastorno bipolar son muchas y variadas e incluyen el estilo cognitivo, variables bioquímicas y genéticas y factores estresantes sociales y ambientales. Los tratamientos tienen más posibilidades de éxito si se aplican a tiempo y de una manera rigurosa. La comorbosidad, sobre todo con el abuso de sustancias, supone graves complicaciones y se debe incluir en la agenda terapéutica. El riesgo de suicidio entre los pacientes de trastorno bipolar es significativo y se debe tener muy presente. El tratamiento debe tener una base amplia (combinando farmacoterapia, psicoterapia cognitiva, intervenciones familiares y apoyo social) y debe reflejar una buena coordinación entre todos los profesionales que atiendan al paciente.

CAPÍTULO 2

EL PAPEL DE LA COGNICIÓN EN EL TRASTORNO BIPOLAR Y EN SU TRATAMIENTO

Hoy por hoy, aún no se ha podido desarrollar un modelo cognitivo exhaustivo y general del trastorno bipolar. Sin embargo, avances recientes en la teoría y en la investigación en distintas áreas han permitido alcanzar una comprensión más clara del papel que desempeña la cognición en el inicio y el desarrollo de los episodios afectivos. La investigación actual del trastorno bipolar se centra en factores cognitivos como los estilos de atribución (Alloy y otros, 1999); el perfeccionismo, las deficiencias en la resolución de problemas y el aumento de la sociotropía y de la autonomía (Lam y otros, 2000; Scott, en prensa); los prejuicios en la toma de decisiones (Leahy, 1999); los esquemas inadaptados (A. T. Beck, Freeman y otros, 1990; J. E. Young, 1994, 1999); y los «modos» o redes integradas de actuación cognitiva-afectiva-conductual (A. T. Beck, 1996). Estos factores cognitivos parecen ser variables importantes del círculo vicioso que siguen los pacientes de trastorno bipolar y que incluye interacciones con: a) anomalías de la química cerebral, b) cambios nocivos de conducta (desde el extremo más vegetativo hasta el más impulsivo), c) reacciones a factores estresantes de carácter psicosocial y generación de estos factores (por ejemplo, problemas interpersonales y sucesos importantes de la vida), y d) alteraciones del estado cronobiológico óptimo, de la respuesta a la medicación y de la constancia en su toma. Aunque estos factores tan distintos parecen agravarse mutuamente de un modo que aún no se comprende bien, nuestra apreciación de sus interacciones está llevando este campo hacia la aplicación de tratamientos más integrales que incluyen la psicoterapia cognitiva.

En este capítulo argumentaremos que los factores cognitivos del trastorno bipolar constituyen unas áreas muy fructíferas para la evaluación y la intervención. Comprender y utilizar estos factores puede ayudar a los pacientes y a los profesionales a interrumpir los ciclos que pueden desembocar en unos síntomas afectivos extremos y en un empeoramiento progresivo de la enfermedad (véanse Basco, 2000; A. T. Beck, 1996; Leahy

y Beck, 1988; Lam y otros, 1999; Scott, 1996a, 1996b, en prensa). En primer lugar examinaremos la manera de explicar a los pacientes el modelo de tratamiento de la psicoterapia cognitiva y luego veremos el estado actual de la investigación y de la teoría en este campo complejo y en constante evolución.

Explicar el modelo de tratamiento a los pacientes

Cuando un paciente inicia un tratamiento de psicoterapia cognitiva, no debemos dar por sentado que ya comprende el modelo cognitivo o la función que puede desempeñar la comprensión de sus cogniciones a la hora de afrontar este trastorno. Es conveniente que expliquemos a los pacientes las características de la psicoterapia cognitiva y que les aclaremos cualquier malentendido desde el principio para que puedan participar en su propio tratamiento de una manera activa y eficaz (Basco y Rush, 1996).

La naturaleza «diátesis-estrés» del trastorno bipolar

El psicoterapeuta puede empezar recordando que el trastorno bipolar supone un desequilibrio de la «química cerebral», una noción que ya conocen muchos pacientes. También puede explicar que el trastorno maníaco-depresivo tiene una naturaleza «diátesis-estrés», es decir, que no sólo refleja un problema biológico, sino que también refleja la interacción de este problema con situaciones que generan estrés. Aunque el término *estrés* es general y vago, el psicoterapeuta debe destacar la noción de que depende en gran medida de la percepción subjetiva del paciente. Dicho de otro modo, parte del nivel de estrés de un paciente se debe al impacto psicológico de la llamada «tríada cognitiva», es decir, de la imagen que tiene de sí mismo, de los sucesos de su vida y de su futuro (A. T. Beck, 1976). De este modo, el psicoterapeuta puede hacer ver al paciente que si aprende técnicas para evaluar y modificar sus interpretaciones subjetivas en relación con estas tres áreas, podrá controlar con más eficacia varios aspectos del trastorno bipolar. Por ejemplo, el paciente:

1. Podrá utilizar sus aptitudes cognitivas para contrarrestar las oleadas afectivas y los impulsos descontrolados.
2. Podrá reducir el riesgo de suicidio.

3. Podrá sopesar de una manera más metódica y objetiva las ventajas y los inconvenientes ante decisiones vitales importantes.
4. Podrá modificar la percepción que tiene de sus interacciones matrimoniales y familiares.
5. Podrá reducir la perniciosa sensación de vergüenza y estigmatización que suele ir asociada al trastorno bipolar.

La enseñanza de estas técnicas contribuye de una manera muy importante al tratamiento global de los pacientes de trastorno bipolar y les ayuda a mejorar su calidad de vida. Ésta es precisamente nuestra intención al incorporar una tecnología eficaz (véase Dobson, 1989) y el toque humano de la psicoterapia cognitiva al tratamiento de las personas que padecen este trastorno.

En general, las sesiones iniciales de psicoterapia suponen un proceso de educación mutua entre paciente y psicoterapeuta donde el primero (como parte de su evaluación diagnóstica inicial) ofrece información sobre su historia personal y el curso de su enfermedad. A su vez, el psicoterapeuta ofrece información sobre el trastorno bipolar y sobre los objetivos de la psicoterapia cognitiva y su aplicación a este trastorno, incluyendo una exposición realista de lo que el paciente puede esperar. Esta información puede adoptar la forma de un resumen verbal que incluya los cinco puntos antes mencionados o puede darse por escrito, de una manera más formal (véanse unos ejemplos excelentes de folletos informativos para los pacientes en Kahn, Ross, Printz y Sachs, 2000; Lam y otros, 1999). El objetivo de explicar las características de la psicoterapia cognitiva, incluyendo su estructura, el clima de colaboración, el uso eficaz del tiempo y la realización de tareas, se puede cubrir en la primera sesión, aunque la explicación se irá repitiendo de vez en cuando, a modo de refuerzo, a medida que avance la psicoterapia. Estas características se exponen con más detalle a continuación.

Colaboración, estructura y uso eficaz del tiempo

En la psicoterapia cognitiva, los pacientes aprenden enseguida que su tratamiento no es un proceso pasivo. El hecho de que la psicoterapia cognitiva adopte una forma «conversacional» no significa que se limite a la conversación ni a la verbalización de los pensamientos: la psicoterapia cognitiva se basa en la colaboración activa entre paciente y psicote-

rapeuta. Las dos partes deben abordar con cuidado y atención el examen de los temas más prioritarios con el objetivo de hacer algo respecto a ellos, sin limitarse a reformularlos.

Dotar de una estructura a las sesiones de psicoterapia es muy útil para los pacientes de trastorno bipolar, sobre todo si tienen dificultades de concentración y se distraen con facilidad. El psicoterapeuta puede preparar unas rutinas flexibles para las sesiones, como elaborar una agenda, evaluar el estado de ánimo del paciente durante la semana, examinar las tareas asignadas, hablar de temas por orden de importancia, plantear preguntas abiertas para concebir las situaciones de otra forma, pedir retroalimentación y encargar nuevas tareas. Aparte de las ventajas que pueda aportar la estructura a las sesiones de psicoterapia en sí, esta clase de organización también actúa como un modelo que el paciente puede seguir durante la semana en sus intentos de controlar su vida y de concentrarse en sus prioridades.

El psicoterapeuta deberá dejar claro (mediante la instrucción verbal y por medio del ejemplo) que la psicoterapia da mejores resultados cuando las dos partes participan por igual. El trastorno bipolar es un enemigo formidable y no es fácil afrontarlo en solitario. Exige «equipos» de dos y hasta de tres personas formados por el profesional, el paciente y quizás algún familiar. Hay otras dos analogías que también se pueden usar para describir las ventajas de la colaboración entre psicoterapeuta y paciente. Según la primera, el tratamiento del trastorno bipolar se parece a trasladar un piano. Es probable que una persona sola no pueda hacerlo, pero sí que podrán dos o más personas entrenadas y que actúen en concierto. En la otra analogía la psicoterapia se equipara al concepto de «igualar fondos» propio de la filantropía, donde un solo donante con muchos recursos se compromete a igualar las aportaciones hechas por otros donantes. Cuanto más da una de las partes, más da la otra. Y la psicoterapia es algo similar; cuanto más trabaja el psicoterapeuta para ayudar al paciente, más debe hacer el paciente para seguir adelante. Cuanto más haga el paciente para ayudarse a sí mismo, más probable será que el psicoterapeuta pueda aplicar una psicoterapia cognitiva más avanzada (en lugar de dedicar tiempo a resolver las crisis que se puedan plantear).

El tiempo es un recurso valiosísimo tanto en la psicoterapia como en la vida y es necesario aprovecharlo bien. La psicoterapia cognitiva procura administrar el tiempo con eficacia estableciendo una agenda que guíe cada sesión, identificando una serie de técnicas que se deben aprender y practicar, y usando métodos que faciliten el recuerdo (como tomar

notas, hacer resúmenes o grabar las sesiones para su posterior revisión). Mediante estas técnicas, los pacientes acumulan conocimientos y establecen planes para aplicar lo que han aprendido mediante tareas o ejercicios que deben realizar entre sesiones.

Realización de tareas

La psicoterapia funciona mejor cuando va más allá del apoyo social y de las revelaciones aisladas para incluir el aprendizaje de técnicas psicológicas que se pueden usar en cualquier momento, tanto dentro de las sesiones como fuera de ellas, y durante el curso de la psicoterapia formal y después de que haya finalizado (Newman y Haaga, 1995). Aunque estas técnicas se puedan aprender acudiendo a la consulta del psicoterapeuta una o dos veces por semana, es muy improbable que lleguen a consolidarse si no se practican. Es una situación parecida a la de quien aprende a tocar el violín pero sólo lo toca durante las clases. Puede que aprenda algunas técnicas rudimentarias, pero no irá muy lejos sin practicar: no podrá aprender técnicas avanzadas, no tendrá acceso a un repertorio interesante y no podrá adquirir una sensación de dominio al tocar el instrumento. A la larga, el interés por el violín se acabará desvaneciendo. De modo similar, los estudiantes que siguen un curso sin tomar apuntes, sin hacer trabajos ni estudiar para los exámenes, no podrán conocer a fondo la materia en cuestión. Pueden que encuentren las clases entretenidas y agradables, pero no aprenderán mucho. Del mismo modo, la psicoterapia debe ser algo más que una experiencia agradable y reconfortante (¡aunque eso no tenga nada de malo!); también debe ofrecer a los pacientes una experiencia de aprendizaje duradera. Eso exige realizar tareas o ejercicios entre sesiones, uno de los ingredientes esenciales de la psicoterapia cognitiva (A. T. Beck y otros, 1979).

Aunque no es totalmente necesario que los pacientes realicen estas tareas para beneficiarse de la psicoterapia cognitiva, es muy conveniente que practiquen entre las sesiones las técnicas que vayan aprendiendo. Por ejemplo, se ha visto que los pacientes de depresión unipolar que realizan tareas responden con más rapidez al tratamiento y mantienen mejor las mejoras terapéuticas que los pacientes que no las realizan (véanse, por ejemplo, Burns y Auerbach, 1992; Burns y Nolen-Hoeksema, 1991; Neimeyer y Feixas, 1990; Persons, Burns y Perloff, 1988; Primakoff, Epstein y Covi, 1989).

Admitimos que estos datos son básicamente correlativos. Puede que la realización de tareas no tenga resultados positivos. Pero también puede ser que haya otra variable, la motivación para cambiar, que sea responsable tanto de la realización de las tareas como de la respuesta general al tratamiento. Con todo, el vínculo entre realizar tareas y obtener buenos resultados tiene sentido desde un punto de vista intuitivo y puede ser más importante para los pacientes de trastorno bipolar que para los pacientes de depresión unipolar. Problemas clínicos como los episodios maníacos, que suponen labilidad afectiva e impulsividad conductual, pueden exigir que los pacientes sobreaprendan técnicas cognitivas-conductuales para que puedan aplicarlas automáticamente aunque se encuentren bajo una fuerte tensión emocional o ante el impulso de actuar sin inhibiciones. Naturalmente, este sobreaprendizaje exige mucha práctica repetitiva, algo que no se puede lograr con facilidad sin realizar tareas entre las sesiones.

Autoobservación

Puede que la autoobservación sea la tarea más común, sencilla, eficaz y adaptable. Puesto que uno de los principales objetivos de la psicoterapia cognitiva es ayudar a los pacientes a observarse a sí mismos de una manera más objetiva, la autoobservación es una técnica indispensable que se debe practicar entre sesiones. Se enseña a los pacientes a llevar un diario en el que deben consignar, por ejemplo, sus pensamientos automáticos, sus emociones y su conducta en ciertas situaciones importantes (estos diarios suelen adoptar la forma de un «Registro diario de pensamientos»; A. T. Beck y otros, 1979), además de una lista de sus actividades cotidianas (en la forma de un «Programa diario de actividades»; J. S. Beck, 1995).

Se han desarrollado varias formas de autoobservación para los pacientes de trastorno bipolar con el fin de ayudarles a mejorar la conciencia que tienen de sus síntomas, de su actuación general y de sus progresos. Por ejemplo, los pacientes que llevan un registro del estado de ánimo (Sachs, 1996) anotan cada día su estado de ánimo (depresivo o maníaco), las horas que han dormido, si han tomado o no la medicación y las situaciones estresantes que han vivido. Con el tiempo, podrán observar patrones en su actuación y ver la relación de estos patrones con factores como las estaciones, ciertos sucesos vitales o el ciclo menstrual. De modo similar, los llamados «cronorregistros» (Whybrow y Bauer, 1991) suponen

realizar una o dos veces al día una autoevaluación del estado de ánimo, el patrón de sueño, la medicación y los factores del entorno que pueden activar cambios afectivos. Los pacientes también pueden llevar un registro de sus síntomas prodrómicos: a partir del trabajo realizado por Smith y Tarrier (1992), se puede utilizar la tarea de «ordenar tarjetas con señales de advertencia» (Palmer y Williams, 1997) para que los pacientes puedan identificar sus propias «señas episódicas». Además, esta tarea ofrece un método atractivo desde el punto de vista intelectual para aprender los patrones de los síntomas que se experimentan durante los episodios maníacos y depresivos y en los períodos eutímicos.

Resolución anticipada de problemas

Otro tema importante que se puede incluir en las tareas es la planificación y la prevención de problemas. Por ejemplo, se puede pedir a los pacientes que prevean sucesos que puedan poner a prueba su capacidad para afrontar dificultades. Para reducir el riesgo de activar un episodio afectivo, los pacientes pueden: a) imaginar la situación problemática, b) reflexionar sobre lo que se deberían decir a sí mismos para mantener sus reacciones dentro de unos límites normales, c) estudiar a fondo los pros y los contras de los diversos cursos de acción, d) elegir una o dos opciones y e) ensayarlas mediante algún tipo de escenificación. Naturalmente, el psicoterapeuta enseña a sus pacientes estas técnicas avanzadas con energía, entusiasmo, apoyo emocional e incluso con un toque de humor, y les ayuda a comprenderlas, desarrollarlas, ensayarlas y llevarlas a la práctica.

Maximizar el cumplimiento de las tareas

Entre las estrategias empleadas para ayudar a un paciente a realizar adecuadamente sus tareas se encuentran las siguientes:

1. Pedirle que evalúe su nivel de confianza para realizar la tarea empleando una escala de 0 a 100. Si dice que es 0, el psicoterapeuta tratará de ayudarle a recuperar la confianza. Si dice que es 100, le pedirá que considere qué factores podrían enfriar su entusiasmo al salir de la consulta y cómo los podría afrontar. Si la respuesta está entre 0 y 100, le preguntará qué partes se siente capaz de realizar y cuáles no.

2. Proponerle unas cuantas tareas para que elija una. Hacer de esta selección una experiencia de colaboración y pedir su opinión para adaptar la tarea a sus necesidades.

3. Si el paciente establece asociaciones negativas con las tareas escolares, buscar otro nombre para designar las tareas. Por ejemplo, si el paciente es aficionado al deporte se las puede llamar prácticas o entrenamientos; si le gusta la música o el teatro se las puede llamar ensayos; si tiene una mentalidad científica se las puede llamar experimentos personales. Es conveniente que los términos elegidos no tengan ninguna carga emocional.

4. Hablar de los pros y los contras de hacer y no hacer las tareas (véase un ejemplo en la tabla 2.1). Esto no sólo ofrece un interesante análisis de costes y beneficios: también puede revelar otros temas importantes desde el punto de vista clínico, como la inseguridad, el temor a afrontar problemas, la competición con el psicoterapeuta, la desesperanza y otros aspectos que constituyen un material de primer orden para una sesión de psicoterapia.

TABLA 2.1. Análisis de Trent de los pros y los contras de hacer y no hacer las tareas de la psicoterapia

Pros	*Contras*
Hacer las tareas	
1. El psicoterapeuta no insistirá más.	1. Es muy aburrido y monótono.
2. Haré más psicoterapia.	2. Me siento un inútil.
3. Mejoraré antes.	3. Me dará vergüenza enseñarlas al psicoterapeuta.
4. Me acordaré de las cosas importantes de la psicoterapia.	4. Pierdo mucho tiempo.
5. Tendré la satisfacción de haberlas hecho.	5. Tendré que pensar en cosas que me disgustan.
No hacer las tareas	
1. Puedo fingir que sé más cosas que el psicoterapeuta.	1. Limitaré lo que puedo obtener de la psicoterapia.
2. Puedo dejarlas para más adelante, algo en lo que soy un experto.	2. La pereza volverá a traerme problemas.
3. Me puedo relajar sin hacer nada.	3. Si no comprendo las técnicas de autoayuda el único culpable seré yo.
	4. El psicoterapeuta no confiará en mí.

5. Procurar que las instrucciones sean claras. Si se considera oportuno, buscar un día, una hora y un lugar concreto donde al paciente le sea más fácil llevar a cabo la tarea.

6. Hacer una breve llamada telefónica al paciente durante la semana para animarle a realizar la tarea (siempre que el paciente no lo considere impertinente o condescendiente).

7. Realizar ensayos cognitivos durante las sesiones para comentar los pasos que hay que seguir al llevar a cabo las tareas. En estos ensayos el psicoterapeuta puede hacer de abogado del diablo diciendo al paciente por qué no puede o no debe hacer las tareas mientras el paciente argumenta a favor de su realización.

8. Como es habitual en la psicoterapia cognitiva, se deberá obtener retroalimentación del paciente.

Es importante que el psicoterapeuta no caiga en el desánimo cuando el paciente no realice las tareas acordadas. Muchos psicoterapeutas sienten la tentación de renunciar a esta práctica cuando se encuentran con pacientes poco receptivos. Esta postura es comprensible pero no es adecuada desde un punto de vista terapéutico. El psicoterapeuta no debe permitir que la falta de respuesta de sus pacientes le haga renunciar el empleo de esta técnica (Newman, 1994), y puede destacar la importancia de las tareas entre sesiones asignándolas a pesar del incumplimiento de los pacientes y abordando cuestiones relacionadas con la evitación, la desesperanza, la falta de confianza, etc. En última instancia, puede afirmar explícitamente su creencia en la utilidad de estas tareas y su voluntad de continuar asignándolas hasta que el paciente acceda a realizarlas.

Las estrategias básicas de la psicoterapia cognitiva que hemos examinado hasta ahora se pueden aplicar a una amplia gama de poblaciones clínicas. En los siguientes capítulos examinaremos con más detalle otras estrategias específicas para los estados maníacos e hipomaníacos (capítulo 3) y para la depresión y el suicidio en el contexto del trastorno bipolar (capítulo 4). Ahora centraremos nuestra atención en algunas investigaciones y teorías relacionadas con nuestro modelo de tratamiento.

Pruebas empíricas del modelo de tratamiento

Varios estudios que aplican modelos de tratamiento muy relacionados con el que se presenta en este texto han confirmado la eficacia de la

psicoterapia cognitiva para el tratamiento del trastorno bipolar, tanto en la modalidad de grupo como en la modalidad individual. Por ejemplo, en un pequeño estudio piloto de carácter abierto realizado en el Reino Unido, Palmer y otros (1995) aplicaron un diseño de medidas repetidas para estudiar las ventajas de diecisiete sesiones complementarias de psicoterapia cognitiva para un grupo de seis pacientes de trastorno bipolar. Los cuatro pacientes que finalizaron el tratamiento con éxito fueron evaluados para ver si se había producido algún cambio en sus síntomas maníacos y depresivos y en su adaptación social en general. Aunque el patrón de cambio no fue uniforme en todos los pacientes, hubo un cambio terapéutico general significativo en las variables estudiadas. En una intervención en grupo más reciente, evaluada mediante una prueba aleatoria controlada y realizada en el Massachusetts General Hospital (Hirshfeld y otros, 1998), un grupo de pacientes que asistió a once sesiones complementarias de psicoterapia cognitiva presentó unos períodos eutímicos significativamente más largos y un número significativamente menor de nuevos episodios afectivos que los pacientes del grupo de control, que sólo recibieron un tratamiento farmacoterapéutico normal. Estos resultados se mantuvieron en las posteriores evaluaciones de seguimiento.

En una prueba aleatoria controlada de la psicoterapia cognitiva individual para el tratamiento del trastorno bipolar, Scott, Garland y Moorhead (en prensa) examinaron la respuesta de 29 pacientes que habían finalizado el protocolo de tratamiento de seis meses de duración (de un total de 33 pacientes que habían participado en el programa) y comunicaron varios resultados alentadores. En general, los pacientes tuvieron una opinión muy favorable de la psicoterapia cognitiva; 26 dijeron que era una forma «muy aceptable» de psicoterapia y 23 que la recomendarían a otras personas afectadas de trastorno bipolar. Además, durante las autoevaluaciones periódicas, el índice de inconstancia en el seguimiento de la medicación cayó del 48 % al 21 %. En comparación con otros pacientes que sólo recibieron el tratamiento habitual, los pacientes que además recibieron psicoterapia cognitiva mostraron mejoras en su adaptación general y en varios de los síntomas que habían comunicado, sobre todo los de carácter depresivo. Scott y sus colegas también comentaron que hace falta mejorar el tratamiento para que los pacientes falten a menos sesiones, muestren una mejora de los síntomas maníacos equiparable a la mejora de los síntomas depresivos y mantengan mejor sus progresos en las evaluaciones de seguimiento a largo plazo. Dada la naturaleza cíclica del trastorno bipolar, este último criterio adquiere una importancia especial.

Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy y Limb (1999) aplicaron una breve intervención de psicoterapia cognitiva (hasta doce sesiones como máximo) a una muestra grande de pacientes de trastorno bipolar con el objetivo de ayudarles a detectar las señales de advertencia de las recidivas y a poner en marcha un plan de autoayuda. Perry y sus colegas consiguieron alargar los intervalos entre episodios de los pacientes y reducir la duración de sus estancias en el hospital durante los episodios maníacos. Lam y otros (2000) realizaron un estudio similar aplicando un período de tratamiento algo más largo (hasta veinte sesiones durante seis meses). El grupo estudiado estaba formado por pacientes de trastorno bipolar que experimentaban recidivas aun tomando estabilizadores del estado de ánimo. Mientras que los pacientes del grupo de control siguieron con el tratamiento habitual, el grupo experimental siguió el tratamiento de psicoterapia cognitiva, que se centraba especialmente en la prevención de recidivas. Los datos de Lam y sus colegas son muy alentadores: los pacientes que habían seguido la psicoterapia cognitiva fueron evaluados independientemente y se encontró que, en comparación con el grupo de control, sufrían menos episodios sintomáticos, respondían mejor a las señales de advertencia que precedían a las recidivas, caían menos en la desesperanza y seguían con más constancia la medicación. Además, una vez finalizado el tratamiento este grupo también mostró una mejor actuación social general y una menor necesidad de fármacos neurolépticos.

Tendencias actuales en el desarrollo de un modelo cognitivo del trastorno bipolar

El desarrollo de un modelo cognitivo del trastorno bipolar supone conciliar varias dificultades. Por ejemplo, algunos investigadores han encontrado que la depresión unipolar y los trastornos bipolares se basan en unos prejuicios cognitivos similares (como atribuciones internas de causalidad, pensamiento «en blanco y negro», sin matices, o sensibilidad a las señales de fracaso personal o de rechazo interpersonal; véanse Alloy y otros, 1999; Hollon y otros, 1986; Lam y otros, 2000; Reilly-Harrington y otros, 1999; Scott, en prensa). Sin embargo, y en contraste con los pacientes de depresión unipolar, los pacientes de trastorno bipolar pueden mostrar unos cambios extremos en la valoración que hacen de sí mismos y pueden creer que no sirven para nada cuando están deprimidos y que son unos genios cuando se encuentran en un estado maníaco (Leahy,

1999). Por lo tanto, un modelo cognitivo del trastorno bipolar deberá tener en cuenta el hecho de que los pacientes muestran unos procesos de pensamiento que por un lado parecen rasgos o características de la personalidad (es decir, tendencias o predisposiciones ya consolidadas) y por otro parecen estados (respuestas a disparadores ambientales y biológicos). También deberá explicar por qué hay pacientes de trastorno bipolar que responden al estrés desarrollando síntomas depresivos y otros que responden desarrollando síntomas maníacos. Y del mismo modo, deberá explicar por qué ciertos sucesos positivos —concretamente, los que suponen una dedicación a la consecución de objetivos— predicen estados maníacos y no ocurre lo mismo con los sucesos positivos en general (Johnson, Sandrow y otros, 1999).

Este modelo cognitivo también deberá tener en cuenta los procesos biológicos inherentes a los cambios extremos del estado de ánimo y de la conducta que tipifican el trastorno bipolar. Deberá determinar si los pensamientos extremos, los errores de juicio y las dificultades para tomar decisiones de los pacientes que sufren el trastorno son el resultado de procesos bioconductuales autónomos, forman parte de un bucle de realimentación causal o son perspectivas diferentes del mismo proceso corporal-mental. Las implicaciones de esta cuestión son muy importantes. Nosotros creemos que los factores cognitivos no son simples señales periféricas y secundarias del trastorno bipolar, sino que constituyen su propia diátesis para el desarrollo de síntomas (véase Alloy y otros, 1999) y son una parte integral del ciclo causal de factores (véase Basco, 2000). Si esta hipótesis es cierta —hipótesis que también hemos planteado para otros trastornos mentales, como los de la personalidad (véanse A. T. Beck, Freeman y otros, 1990; Layden y otros, 1993)— deberá ser posible diseñar intervenciones cognitivas eficaces que tengan un efecto terapéutico en el curso bioconductual de la enfermedad.

Otro tema importante que este modelo cognitivo debe abordar es el papel de los sucesos de la vida y de los factores ambientales que generan estrés y cuyos vínculos con la depresión unipolar y el trastorno bipolar (además de otros trastornos diátesis-estrés) están bien documentados (por ejemplo, Ellicott y otros, 1990; Hammen y otros, 1992; Hammen, Ellicott, Gitlin y Jamison, 1989; Johnson y Miller, 1997; Johnson y Roberts, 1995; Reilly-Harrington y otros, 1999). En resumen, un buen modelo cognitivo del trastorno bipolar debe tender un puente conceptual entre la biología, las creencias y las conductas; entre los disparadores del entorno y las interpretaciones que los pacientes hacen de ellos, y entre los

«rasgos» y los «estados» cognitivos. Todo esto plantea un reto apasionante. Esperamos ofrecer un avance de la elaboración de este modelo en el resumen que presentamos a continuación.

Rasgos cognitivos: creencias, esquemas y modos

Según nuestro modelo del trastorno bipolar, los sistemas de creencias —o esquemas— de los pacientes interaccionan con su percepción espontánea de los sucesos (u otras situaciones vitales importantes) que actúan como disparadores.[1] El resultado es una intensa experiencia subjetiva que entra en interacción con el estado biológico de los pacientes y determina su estado de ánimo y su conducta. Cuando estos esquemas (o rasgos cognitivos) ya consolidados entran en acción, influyen en el procesamiento de la información haciendo que el individuo tienda a fijarse en la información coherente con el esquema y le dé un valor excesivo. Por ejemplo, durante una fase depresiva se puede activar un esquema negativo que dirija el recuerdo hacia sucesos de pérdida o de rechazo y centre la atención del momento presente en la posibilidad de fracaso. En cambio, durante una fase maníaca se puede activar un esquema positivo que puede conducir a una decisión errónea basada en un olvido selectivo de la necesidad de prudencia y de moderación. La irritabilidad tan común en los episodios maníacos puede indicar una lucha simultánea con las implicaciones del polo opuesto —negativo— del esquema. Esta irritabilidad y la conciencia simultánea de unos esquemas positivos y negativos pueden ser especialmente pronunciadas en los estados mixtos.

Cuando comprendemos los detalles diagnósticos de determinado paciente podemos extraer importantes conclusiones de carácter general sobre el curso del tratamiento necesario. Sin embargo, el diagnóstico por sí

1. Términos como *creencias*, *creencias básicas*, *supuestos*, *esquemas*, *esquemas iniciales inadaptados*, etc., se han usado de diversas maneras en la literatura de la psicoterapia cognitiva con la consiguiente confusión. Todos ellos reflejan los procesos y los contenidos cognitivos que subyacen a los pensamientos automáticos, espontáneos y superficiales. Nuestra opinión es que el término *esquema* es útil para describir creencias negativas fundamentales que guían implícitamente los procesos cognitivos de los pacientes (y, en consecuencia, sus reacciones afectivas, fisiológicas y conductuales). También usamos indistintamente los términos *creencias* y *supuestos* para reflejar puntos de vista generales que los pacientes mantienen en todas las situaciones.

solo no puede decirnos todo lo que debemos saber para ofrecer un tratamiento personalizado. Aquí es donde la conceptuación cognitiva del caso pasa a un primer plano. Una comprensión clara de los supuestos y los esquemas cognitivos del paciente que incluya la imagen que tiene de sí mismo, de su mundo y de su futuro —la tríada cognitiva— ayudará al psicoterapeuta a establecer una profunda empatía con las experiencias del paciente y a centrarse en los supuestos y los esquemas que le causan más angustia y más disfunciones. Además, este conocimiento puede actuar como un mapa mental que permita predecir si el paciente va a cambiar —a mejor o a peor— al modificar sus esquemas de distintas maneras. En resumen, una buena conceptuación de los casos permite al psicoterapeuta comprender la fenomenología de los pacientes (cómo ven el mundo a través de sus esquemas), establecer con ellos una profunda empatía, identificar los problemas que hay que resolver (como perjuicios imprevistos provocados por los esquemas) y hacer predicciones sobre su actuación futura en función de determinados cambios terapéuticos.

Características etiológicas y descriptivas de los esquemas

Desde muy corta edad, empezamos a entender nuestro mundo y llegamos a conclusiones sobre nosotros mismos, sobre los demás y sobre nuestra relación con ese mundo (por ejemplo, Rosen, 1988). Ése es el origen de los dos primeros elementos de la tríada cognitiva. La imagen que tenemos del futuro (el tercer elemento) parece que surge más adelante, cuando empezamos a hacer abstracciones sobre aquello que no podemos tocar ni ver directamente. Conclusiones como «Me cuidan y me quieren» o «Puedo hacer cosas yo solo» se acaban convirtiendo en supuestos generales que conservamos como parte de nuestro procesamiento cognitivo general. Estas comprensiones son tan básicas y fundamentales que no somos conscientes de ellas: son las «verdades» subyacentes en las que basamos nuestras conclusiones sobre otras experiencias de la vida.

Los ejemplos anteriores son supuestos positivos que seguramente reflejan un entorno seguro y unos vínculos emocionales firmes y estables. Estos supuestos ofrecen a los niños la base de una visión de sí mismos y del mundo que les puede proteger de un exceso de ansiedad o de disforia a medida que crecen y maduran. Por desgracia, las primeras experiencias de muchos niños no son tan seguras ni estables. Muchísimos sucesos de la vida, sean agudos o crónicos, pueden hacer que un niño saque conclusiones mucho menos positivas sobre sí mismo, sobre quienes le cuidan y sobre el mundo en general. Cuando un niño se enfrenta a estos sucesos negativos corre el peligro de desarrollar lo que J. E. Young (1994) denomina «esquemas iniciales inadaptados» y nosotros llamamos simplemente «esquemas». Las experiencias que guían la formación de estos esquemas son muchas y diversas y a continuación presentamos algunos ejemplos (los esquemas que proponemos aparecen en cursiva): a) la pérdida durante la infancia de un progenitor o de los dos puede dar origen a un esquema de *abandono*; b) la falta de cuidados emocionales o físicos puede dar origen a un esquema de *privación emocional*; c) una enfermedad durante la infancia puede provocar un exceso de atención por parte de los padres y dar origen a esquemas de *dependencia* o de *privilegio*; d) unas críticas constantes por parte de los padres pueden provocar un autorreproche excesivo y dar origen a esquemas de *ineptitud* o *deficiencia*; e) el rechazo por parte de los padres puede dar origen a un esquema de *rechazo*; f) los malos tratos recibidos de los padres u otras personas en quienes el niño confía puede dar origen a un esquema de *desconfianza*; g) el miedo a un padre colérico y adicto a alguna sustancia puede dar origen a esquemas de *subyugación*, *desconfianza* o *abandono*; y h) el rechazo a las experiencias del niño y la coacción para que siga la «línea» de la familia con el fin de guardar las apariencias puede dar origen a un esquema de *falta de individuación*. Este esquema se suele ver en niños de familias que expresan con intensidad las emociones y los estados de ánimo negativos.

Estos ejemplos pueden parecer muy simplistas pero sólo se presentan para fines ilustrativos. El desarrollo de esquemas rara vez está vinculado de una manera tan clara a unos sucesos concretos de la vida.[2] Algunos niños sufren traumas pero tienen recursos y apoyos suficientes para evitar el desarrollo de esquemas negativos. Otros, aunque se enfrentan a sucesos estresantes que no difieren de los habituales en la infancia y en la adolescencia, desarrollan varios esquemas inadaptados, que es lo que ocurre con algunos pacientes de trastorno bipolar. Nuestro objetivo ha sido ilustrar algunos factores etiológicos razonables para que el psicoterapeuta pueda comentarlos con sus pacientes con el fin de comprender sus vulnerabilidades cognitivas (y, en consecuencia, emocionales).

2. Sin embargo, existen abundantes indicios de que la *activación* de los esquemas y los modos de actuación afines suele estar relacionada con sucesos concretos de la vida.

El hecho de que el trastorno bipolar tenga un carácter familiar hace más probable que los niños que presentan una predisposición genética a padecerlo se críen en un hogar con padres o hermanos que padezcan algún trastorno afectivo, que puede ir acompañado de otros trastornos concurrentes. A su vez, esto hace más probable que estos niños pasen por experiencias que les hagan más vulnerables a sufrir episodios bipolares en etapas posteriores de la vida. Creemos que el desarrollo de esquemas y grupos de esquemas (o «modos») es un factor de vulnerabilidad especialmente importante para los trastornos afectivos.

Cuando una persona llega a la adolescencia y a la edad adulta, sus esquemas no sólo pueden hacerle reaccionar de una manera desproporcionada, sino que también pueden generar círculos viciosos que se alimentan a sí mismos. En otras palabras, se cree que los esquemas contribuyen a que las personas afronten sus problemas aplicando unas estrategias inadecuadas (a veces llamadas *estrategias compensatorias*; J. S. Beck, 1995), que no hacen más que reforzar y perpetuar los mismos problemas que han dado origen a la formación de los esquemas. Estos círculos viciosos se conocen popularmente como «profecías que acarrean su propio cumplimiento» y son un fenómeno clínico bastante común en pacientes de diversos trastornos mentales (trastornos afectivos, de ansiedad, de la personalidad, etc.).

Aunque desde el punto de vista clínico parece que los esquemas inadaptados que se desarrollan al principio de la infancia son los que tienen unas consecuencias más devastadoras durante la madurez, los sistemas de creencias de orden superior que se desarrollan en la adolescencia o en la madurez también pueden reducir la autoestima y la esperanza de los pacientes de trastorno bipolar que observan el deterioro o los altibajos de sus funciones psicológicas. Por ejemplo, un paciente puede haber tenido mucha confianza en sí mismo y mucho éxito en sus relaciones interpersonales antes de sufrir el primer episodio maníaco y luego ver que su imagen ha quedado muy dañada por su conducta imprudente. A partir de ese momento puede empezar a creer que su mejor época ya ha pasado o que tendrá problemas emocionales el resto de su vida. Las creencias que surgen en etapas posteriores de la vida puede que no sean tan «centrales» u omnipresentes como un esquema de «inutilidad» desarrollado durante la infancia, pero pueden reducir la voluntad del paciente de volcarse en la psicoterapia y de soportar los efectos secundarios de la medicación. Si la psicoterapia cognitiva puede ayudarle a modificar estas creencias de desesperanza y «autocondena» será más probable que se comprometa a fondo con el tratamiento.

Modos

Cuando los pacientes de trastorno bipolar se encuentran en medio de un episodio afectivo grave, sus patrones de actuación parecen englobarlo todo y exigen una descripción del fenómeno que vaya más allá de unos esquemas aislados. El concepto de *modo* (A. T. Beck, 1996) constituye un importante desarrollo de la conceptuación cognitiva de los trastornos mentales. Los *modos* se definen como redes integradas de carácter conductual, afectivo y cognitivo (combinaciones de esquemas consolidadas, hábitos de conducta sobreaprendidos o emociones intensas y difíciles de modular) que producen respuestas sincrónicas a las exigencias de la vida y ofrecen un mecanismo para implementar objetivos que obedecen a unos impulsos internos. Cuando los esquemas —y, en un nivel más macroscópico, los modos— se activan por sucesos de la vida, perturbaciones cronobiológicas u otros factores, los «rasgos predispuestos» de los pacientes de trastorno bipolar se expresan en forma de «estados» que se manifiestan en los extremos de su actuación emocional y conductual.

Aunque estos estados (sean depresivos, maníacos o mixtos) están limitados en el tiempo y pueden cambiar, los rasgos subyacentes permanecen fijos a menos que se enfrenten a una intervención enérgica. Por ejemplo, las intervenciones psicofarmacológicas pueden activar o inhibir los modos y, en consecuencia, influir en el estado de los pacientes (A. T. Beck, 1996). Al igual que el tratamiento farmacológico, la psicoterapia cognitiva puede producir mejoras en la actuación de los pacientes, pero no consideramos que su acción sea equivalente. Nuestra opinión es que la medicación puede descargar o inhibir un modo disfuncional, provocando así una mejora en el estado de ánimo, pero no puede producir cambios duraderos en las estructuras de significado que los pacientes se atribuyen a sí mismos, a su mundo y a su futuro. Así pues, aun siguiendo una medicación, los pacientes de trastorno bipolar conservan unos rasgos cognitivos que actúan como factores de vulnerabilidad ante futuros episodios sintomáticos (véase Scott, Stanton, Garland y Ferrier, 2000). Alterar estos rasgos es un objetivo importante de la intervención cognitiva. Y nosotros planteamos la hipótesis de que podemos alterar terapéuticamente y de una manera duradera los modos más globales de actuación.

Intensidad de la carga

La activación de esquemas y de modos no se da con la misma intensidad en todos los pacientes ni en todas las situaciones para un mismo paciente. La intensidad de la «carga» determina la fuerza de la activación (A. T. Beck, 1996). Se puede producir una activación con una carga negativa o positiva muy intensa cuando los esquemas se han desarrollado a una edad más temprana y cuando el paciente se enfrenta a una situación que se corresponde con un esquema dado. Esta activación puede intensificarse aún más a causa de factores biológicos que, a su vez, se pueden exacerbar si el paciente experimenta los primeros síntomas sin recibir un tratamiento inmediato o adecuado. Dicho de otro modo, la carga de un esquema o de un modo es una función conjunta de las experiencias históricas del paciente en relación con la etiología y el mantenimiento de sus rasgos cognitivos, de la importancia o peso de las situaciones estresantes en un momento dado y de la intensidad del desequilibrio biológico subyacente.

Bidireccionalidad de la expresión de los esquemas

Es importante evaluar los esquemas de los pacientes con independencia de los síntomas que presenten. El paciente que presenta la grandiosidad típica de los estados maníacos puede tener los mismos esquemas inadaptados de «rechazo» o de «ineptitud» que un paciente deprimido, pero puede presentarlos de una forma inversa. Los pacientes de trastorno bipolar parecen mantener unos esquemas inadaptados que simplemente cambian de polaridad (es decir, que pasan a un nuevo estado) en función de su estado afectivo. En consecuencia, cuando una persona con un esquema de «rechazo» (véanse Layden y otros, 1993; J. E. Young, 1999) cae en la desesperanza puede pensar que la rechaza toda la humanidad, pero cuando entra en un estado maníaco puede creer que la adora todo el mundo. Tras una psicoterapia cognitiva que module con éxito este esquema de «rechazo», los dos polos se habrán moderado en alguna medida y cabrá esperar una reducción de estas oscilaciones cognitivas y emocionales.

El psicoterapeuta cognitivo debe evaluar y conceptuar los patrones de esquemas de cada paciente y los sucesos biográficos vinculados a ellos. De este modo, será posible predecir cuándo se puede dar el mayor

riesgo de que el paciente experimente unos cambios significativos en sus modos de actuación. Una vez identificados, los esquemas se pueden modificar y el proceso terapéutico irá avanzando a medida que las oscilaciones disfuncionales del paciente vayan reduciendo su amplitud.

Evaluación de los esquemas: identificar las vulnerabilidades cognitivas consolidadas

Los esquemas inadaptados están asociados a fuertes afectos negativos en una amplia gama de situaciones y a dificultades en el cambio terapéutico. Por lo menos en el caso de pacientes de depresión unipolar, hay indicios de que cambiar las creencias negativas más profundas puede reducir la probabilidad de sufrir recidivas sintomáticas (Evans, Hollon y otros, 1992; Hollon, DeRubeis y Seligman, 1992). Para los pacientes de trastorno bipolar planteamos la hipótesis de que cambiar los esquemas contribuye a retrasar el inicio de nuevos episodios y a reducir su duración y su gravedad.

La «Escala de actitudes disfuncionales» (Weissman y Beck, 1978) está diseñada para medir ciertas creencias de los pacientes, algunas inadaptadas y otras no. El objetivo de este cuestionario, que consta de cuarenta ítems, es detectar los sistemas de creencias disfuncionales que se cree aumentan la vulnerabilidad de los pacientes a los trastornos afectivos. Para ello, se les pide que expresen su grado de acuerdo o desacuerdo con cada creencia mediante una escala de Likert de siete puntos. Luego, el profesional puede examinar las creencias inadaptadas que tiene el paciente y las creencias adaptadas con las que discrepa mucho para hallar patrones que puedan indicar la existencia de esquemas perjudiciales. Algunos ejemplos son: «Fracasar en parte es tan malo como fracasar por completo», «No soy nadie si la persona que quiero no me quiere a mí» o «Si no destaco en algo importante no valgo nada como persona». El hecho de que un paciente esté de acuerdo con una creencia extrema o dos no indica necesariamente la existencia de un esquema. Lo mismo cabe decir cuando un paciente expresa un acuerdo moderado con ciertos grupos de creencias. Sin embargo, cuando un paciente está de acuerdo con grupos de creencias disfuncionales es señal de que posee unos esquemas inadaptados.

Durante los últimos años se han diseñado varios cuestionarios con el fin de evaluar los esquemas que se suelen asociar a distintos trastornos de la personalidad. Dos de ellos son el «Cuestionario de esquemas» (J. E.

Young, 1994) y el «Cuestionario de creencias personales» (A. T. Beck, Butler, Brown, Dahlsgaard, Newman y J. S. Beck, en prensa). El primero examina cómo valoran los pacientes ciertas categorías de esquemas predefinidos como el rechazo, la desconfianza, el abandono o la incompetencia, mientras que el segundo busca pautas de creencias que supuestamente se corresponden con diversos trastornos de la personalidad. Tomados en su conjunto, estos cuestionarios permiten al psicoterapeuta determinar los patrones consolidados en la imagen que los pacientes tienen de sí mismos y del mundo. De este modo, se pueden descubrir áreas de vulnerabilidad e idear tratamientos destinados a modificar estas creencias.

Con independencia del instrumento psicométrico o de la técnica de entrevista que use, el psicoterapeuta cognitivo evalúa el grado de extremismo y la fuerza de los sistemas de creencias del paciente. Una de las principales estrategias de la psicoterapia cognitiva es moderar las creencias de los pacientes para que éstos adopten una perspectiva más amplia, reduzcan la intensidad de sus expresiones afectivas (como la disforia o la ira) y mejoren su capacidad para afrontar los factores estresantes de una manera constructiva. Cuando un paciente de trastorno bipolar logra estos objetivos generales, su nivel de estrés disminuye. A medida que los pacientes practican las técnicas psicológicas que aprenden mediante las tareas de la psicoterapia, se hacen menos vulnerables a futuros episodios afectivos aun en presencia de factores estresantes significativos.

Los sucesos vitales y sus interacciones con los factores cognitivos

¿Cuáles son los factores psicosociales que contribuyen a la activación de los síntomas del trastorno bipolar, incluida la polarización del pensamiento? Hay datos que vinculan los sucesos vitales significativos que suponen muchas dificultades o grandes cambios con un aumento de los episodios afectivos (Ellicott y otros, 1990; Hammen y Gitlin, 1997; Johnson y Miller, 1997; Johnson y Roberts, 1995). Sin embargo, parece que el estilo cognitivo de los pacientes también desempeña un importante papel (Alloy y otros, 1999; Reilly-Harrington y otros, 1999). Por ejemplo, ante un suceso vital negativo las personas con un estilo de pensamiento inadaptado tienden a desarrollar más síntomas afectivos, incluyendo episodios depresivos y maníacos.

El descubrimiento de que los sucesos vitales negativos pueden activar estados maníacos —y no sólo depresivos— es muy intrigante (Johnson y Roberts, 1995; Reilly-Harrington y otros, 1999). Las personas maníaco-depresivas pueden ser especialmente vulnerables a los sucesos estresantes, sobre todo si poseen esquemas negativos que magnifiquen las consecuencias negativas de estos sucesos. Pueden responder a ellos sacando conclusiones excesivamente duras sobre sí mismas y contemplar su futuro con desesperanza. El estrés resultante suele conducir a una combinación de reacciones biológicas y conductas nocivas que reducen aún más su bienestar físico (como perder el sueño, darse por vencido, dejar que los problemas se acumulen). Puede que el resultado de este proceso se manifieste en los trastornos biológicos que provocan síntomas maníacos aunque los factores del entorno sean negativos. Uno de los mecanismos propuestos es que los sucesos que activan alteraciones del sueño tienden a provocar más estados maníacos (Malkoff-Schwartz y otros, 1998). Es muy importante que el psicoterapeuta cognitivo enseñe a los pacientes de trastorno bipolar a identificar y responder de una manera adaptada a los factores estresantes, y a identificar las señales de advertencia de los episodios. Una intervención inmediata permite que las respuestas maníacas se puedan evitar o, por lo menos, atenuar.

Estilos de atribución

La investigación de la teoría de la atribución ha confirmado empíricamente la existencia de un vínculo mediador entre los sucesos vitales, los factores cognitivos «predispuestos» y la activación de síntomas en el trastorno bipolar (sean depresivos o maníacos). Esta conexión es especialmente manifiesta en el caso de los pacientes que tienden a hacer atribuciones internas de carácter general ante sucesos importantes de la vida (Alloy y otros, 1999; Leahy, 1999; Reilly-Harrington y otros, 1999) y que creen tener más control (y más responsabilidad) sobre esos sucesos del que revelaría una evaluación objetiva. Una consecuencia clínica de estos datos es que es posible ayudar a los pacientes haciéndoles ver que muchas situaciones de la vida no están bajo su control ni reflejan su carácter. Compensar estas atribuciones externas y concretas con una evaluación precisa de la capacidad del paciente para resolver problemas puede ayudarle a afrontar estas situaciones «con calma» y a evitar unas oscilaciones excesivas de su estado de ánimo.

Curiosamente, también hay datos que indican que las pautas de pensamiento negativo de los pacientes de depresión unipolar y bipolar son

muy similares entre sí y permanecen estables con el tiempo (Alloy y otros, 1999; Reilly-Harrington y otros, 1999). En consecuencia, cuando un paciente de trastorno bipolar pasa de una fase depresiva a una fase maníaca sigue manteniendo los estilos de atribución negativos que mostraba cuando se encontraba en la fase depresiva. Según Alloy y sus colegas (1999): «Estos datos son compatibles con las ideas psicodinámicas tradicionales según las cuales los períodos hipomaníacos o maníacos de las personas que sufren un trastorno ciclotímico o un trastorno bipolar constituyen una "defensa" o reacción a una tendencia depresiva subyacente...» (pág. 36). Estos autores también destacan la importancia de enseñar a los pacientes a ser objetivos al evaluar las situaciones vitales para que su estilo cognitivo no magnifique en exceso unos niveles afectivos que ya son difíciles de controlar en el contexto del trastorno bipolar.

Otra interesante cuestión que hay que plantearse en el contexto de la práctica y la investigación es si, en ausencia de unos factores estresantes manifiestos de carácter normativo, el estilo cognitivo inadaptado del paciente genera equivalentes subjetivos de cambios vitales importantes. En otras palabras, ¿es posible que el inicio de un episodio depresivo o maníaco pueda parecer espontáneo —como en el caso de las recidivas que se producen durante el curso medio o final de la enfermedad— pero se pueda atribuir, por lo menos en parte, al estrés autoinducido por contemplar las situaciones cotidianas con una óptica fatalista, por considerar que exigen «esforzarse al cien por cien», etc.? Si esta hipótesis se confirmara tendría importantes implicaciones para la teoría del efecto de mecha, porque la naturaleza fisiológica aparentemente «autónoma» de las recidivas sintomáticas se podría mitigar o evitar por completo mediante el uso de técnicas cognitivas. Si ayudamos a los pacientes a reducir su tendencia a pensar de formas que generen un estrés autoinducido, podremos reducir la probabilidad (y la amplitud) de sus problemas afectivos.

Dimensión sociotropía-autonomía

Existe otra área de potencial convergencia para la investigación de los rasgos de la personalidad, los esquemas y los sucesos vitales estresantes: el estudio del continuo sociotropía-autonomía mediante el uso de una escala que lleva este mismo nombre («Escala de sociotropía-autonomía»; A. T. Beck, Epstein, Harrison y Emery, 1983). Se parte de la hipótesis de que los pacientes con unos niveles altos de sociotropía son vulnerables a los trastornos afectivos cuando se enfrentan a dificultades y pérdidas personales, mientras que los que presentan unos niveles elevados de autonomía son más vulnerables cuando se frustra su sensación de libertad y de logro. Hammen y sus colegas (1989) encontraron datos en apoyo de esta hipótesis en una muestra de pacientes de depresión unipolar, pero obtuvieron unos resultados ambiguos en una muestra más pequeña de pacientes de trastorno bipolar que habían sufrido síntomas durante el desarrollo del estudio. Según los autores, para obtener una imagen más clara sería necesario realizar un estudio más prolongado y con más pacientes que sufrieran recidivas. Fingerhut (1999) siguió esta recomendación y encontró que para influir en el período entre recidivas de pacientes de trastorno bipolar con un grado elevado de sociotropía bastaba un estrés interpersonal mínimo. En cambio, los pacientes con un nivel de sociotropía bajo no mostraban esta vulnerabilidad y para influir en el curso de la enfermedad hacían falta unos niveles elevados de estrés. En general, cuando se combinaban pacientes con niveles bajos y elevados de sociotropía, el intervalo medio entre recidivas para los participantes que experimentaron sucesos interpersonales estresantes era más de cuatro meses inferior al intervalo medio de los participantes que no habían experimentado estos sucesos. Estos resultados no son estadísticamente significativos pero presentan una tendencia estadística que apoya la hipótesis general de que los factores estresantes de carácter interpersonal pueden influir en las recidivas afectivas. Según Lam y sus colegas (2000), en unos pacientes con trastorno bipolar se observó una interacción entre sus creencias perfeccionistas sobre el logro y la autonomía y las situaciones vitales donde debían esforzarse mucho para compensar sus anteriores fracasos. El resultado era un comportamiento acelerado que amenazaba con activar episodios afectivos, incluyendo episodios maníacos.

La sociotropía y la autonomía no son unos constructos ortogonales y hay pacientes de trastorno bipolar que pueden presentar niveles elevados de las dos o de ninguna, como se vio en los pacientes del estudio de Scott y otros (2000), que presentaban unos niveles elevados de perfeccionismo y de necesidad de aprobación social. La tendencia a presentar un nivel elevado de sociotropía se puede asociar a los esquemas de rechazo, abandono y dependencia. En consecuencia, cabe esperar que los pacientes con una necesidad excepcionalmente elevada de afiliación interpersonal sean especialmente vulnerables al rechazo y experimenten las situaciones que supongan discordia o pérdida como si fueran una catástrofe personal. El resultado puede ser la activación de síntomas afecti-

vos que se creen asociados a la sensación de rechazo, soledad y desamparo. Puesto que ésta es una área que puede generar un estrés subjetivo especialmente intenso en pacientes con un elevado nivel de sociotropía, es de esperar que provoque recidivas en esta clase de pacientes.

De modo similar, la tendencia a un grado elevado de autonomía puede estar asociado a esquemas de ineptitud, deficiencia y hasta puede que de desconfianza. Por ejemplo, si un paciente de trastorno bipolar muy autónomo ve que el negocio que ha creado mientras se encontraba en un estado maníaco falla y va a la quiebra, puede experimentar algo más que el estrés que suele ir asociado a una pérdida económica y sentirse muy incompetente. A su vez, esta sensación de fracaso personal puede actuar como disparador de otros síntomas afectivos, como una profunda depresión. Por otro lado, un paciente que crea que sus familiares y su psicoterapeuta le disuaden innecesariamente de perseguir sus objetivos puede reaccionar con un esquema de desconfianza. En otras palabras, no verá que los demás se preocupan por su bien e interpretará que sus advertencias se deben a los celos y son un intento deliberado de torpedear su éxito. La ira y la frustración resultantes pueden actuar como factores estresantes que adelanten o exacerben los síntomas maníacos, sobre todo la irritabilidad.

Toma de decisiones y conducta intencionada

La toma de decisiones es una de las áreas donde los pacientes de trastorno bipolar manifiestan de una manera más clara los contrastes entre el carácter positivo y negativo de sus formas de pensamiento, sus estados de ánimo y sus conductas. Leahy (1997, 1999, 2000) ha propuesto un modelo basado en el cálculo de riesgos para destacar estos contrastes. Usando como analogía una cartera de valores (véase Bodie, Kane y Marcus, 1996), Leahy ha demostrado que el pensamiento depresivo se caracteriza por una aversión extrema al riesgo hasta el punto de que los pacientes renuncian a oportunidades de mejorar su suerte aunque ello les suponga seguir en una situación desfavorable. Los pacientes profundamente disfóricos pueden ser reacios a tomar medidas para mejorar su situación por temor a que, si cambian el curso de las cosas, no hagan más que empeorarlas. Estos pacientes se sienten inútiles, no le encuentran sentido a las tareas de la psicoterapia y no se presentan a las sesiones porque piensan que sólo sirven para revolver sus problemas. En el otro extremo se encuentran las personas maníacas que por su ansia de excitación minimizan o niegan cualquier riesgo en un intento desesperado de aprovechar todas las oportunidades de obtener beneficios. Creen tener tanto control sobre su vida que la psicoterapia les parece superflua e interpretan los intentos de colaboración del psicoterapeuta para ayudarles a resolver sus problemas como simples ejercicios de conformidad y de mediocridad llenos de tedio y escasos de imaginación.

Naturalmente, la situación ya sería lo bastante difícil si los pacientes de trastorno bipolar se quedaran sólo en uno de estos extremos al tomar decisiones. Por ejemplo, las personas con depresión unipolar pueden quedarse «atascadas» en antiguos modos de supervivencia que les dan pocas alegrías pero son previsibles. Y la vida de las personas maníacas puede ser caótica, pero por lo menos experimentan la emoción del momento y la percepción retrospectiva de que la diversión ha valido la pena a pesar de las consecuencias. Por desgracia, el cambio de una toma de decisiones depresiva a otra maníaca aún provoca más problemas.

Hemos oído a algunos pacientes de trastorno bipolar quejarse de que cuando se sienten exaltados también se sienten presionados para recuperar el tiempo perdido, es decir, el tiempo que se han pasado en un estado depresivo e inerte, dejando que su vida se estancara (véanse unas conclusiones similares en Lam y otros, 2000). Esto no hace más que alimentar sus emociones y elevar el nivel de los riesgos que asumen. Del mismo modo, hemos oído a varios pacientes lamentarse de las decisiones que han tomado al encontrarse en un estado maníaco y que tratan de aferrarse a cualquier atisbo de recursos y de orden que aún les pueda quedar. En otras palabras, las personas maníaco-depresivas ni siquiera pueden permitirse el «lujo» de aferrarse a sus antiguas maneras disfuncionales de afrontar los problemas. Cada oscilación del estado de ánimo conlleva sus propios procesos inadaptados para tomar decisiones que son contrarios a los del estado de ánimo anterior, y los pacientes nunca acaban de «centrarse». Una de nuestras pacientes decía sentirse como Sísifo, condenado por toda la eternidad a hacer rodar hasta la cima de un monte un peñasco que luego volvía a rodar hacia abajo. Es evidente que nuestras intervenciones cognitivas deben centrarse en los procesos extremos de toma de decisiones que provocan esta desmoralización y deben ofrecer una tecnología para la resolución de problemas que salve la diferencia entre negar los riesgos y evitarlos.

En ocasiones, el trastorno bipolar se caracteriza en función del desajuste del sistema afectivo, o mejor aún hedonista, que desempeña un pa-

pel muy importante en el inicio, el mantenimiento y la inhibición de la conducta. Algunas investigaciones muy interesantes sobre esta cuestión se centran en el papel del «sistema de activación conductual» en el trastorno bipolar (Depue e Iacono, 1989; Gray, 1990; Johnson, Sandrow y otros, 1999; Meyer, Johnson y Winters, 1999). El sistema de activación conductual es un sistema neuroconductual hipotético que se ha vinculado con las vías dopaminérgicas del área tegmental ventral (Depue y otros, 1996). Los desajustes del sistema de activación conductual, y concretamente el exceso de actividad, se pueden asociar al hecho de que una persona se guíe demasiado por incentivos y por la persecución de objetivos. De este modo, los pacientes que se encuentren en pleno estado maníaco apenas pueden rechazar la oportunidad de esforzarse por el logro y el placer aun a costa de su salud, su posición económica y su reputación social. En realidad, los pacientes no dan importancia a estos riesgos y en ello radica una gran parte del problema. En estos casos, el psicoterapeuta debe centrarse en ayudar a los pacientes hipomaníacos (o incluso maníacos) a evaluar de una manera más ecuánime los costes y los beneficios de perseguir los objetivos que se han fijado. El propósito es dotar a estos pacientes de un «freno» cognitivo que les ayude a reducir la respuesta excesiva de sus sistemas conductuales y hedonistas, aunque sólo sea lo suficiente para evitar consecuencias que puedan generar más estrés y exacerbar sus síntomas. Puesto que el procesamiento cognitivo forma parte del círculo vicioso de factores que alimentan el trastorno bipolar, el psicoterapeuta cognitivo busca constantemente maneras de romperlo mediante una amplia gama de intervenciones estándar y especializadas (véanse los capítulos 3 y 4).

Conclusión

Los factores cognitivos constituyen una parte importante del círculo vicioso de variables en continua interacción que sustentan el síndrome del trastorno bipolar, aunque también hay factores neurobioquímicos, conductuales y psicosociales que pueden intervenir como causa y como efecto. Las variables cognitivas se han descrito en la bibliografía sobre el tema como estilos de atribución, como esquemas y como modos generales de actuación que se activan bajo ciertas condiciones. Con independencia de la forma que adopten estos factores, su evaluación y su modificación pueden actuar como frenos terapéuticos duraderos que atenúen

el proceso bipolar, sobre todo si los pacientes aprenden a aplicar técnicas cognitivas de autoayuda cuando perciban las primeras señales de un episodio sintomático.

El modelo de tratamiento de la psicoterapia cognitiva es más eficaz cuando los pacientes colaboran plenamente. La mejor manera de conseguirlo es que el psicoterapeuta explique la naturaleza diátesis-estrés del trastorno bipolar, estructure las sesiones para optimizar el uso del tiempo, exponga al paciente las bases de la psicoterapia cognitiva, le explique las razones de las distintas intervenciones y diseñe en colaboración con él tareas que refuercen su sensación de competencia y de autonomía. Cada vez hay más estudios de resultados que confirman la eficacia de la psicoterapia cognitiva para mejorar de una manera significativa el estado de los pacientes de trastorno bipolar en comparación con los tratamientos habituales.

La evaluación y la comprensión de las creencias y los esquemas de los pacientes mediante cuestionarios como la Escala de actitudes disfuncionales, la Escala de sociotropía-autonomía, el Cuestionario de creencias personales y El cuestionario de esquemas puede ayudar al psicoterapeuta a conceptuar los casos y a identificar las características cognitivas que conforman las áreas de vulnerabilidad de los pacientes de trastorno bipolar.

33. Goldberg JF, Harrow M. Bipolar disorders. Clinical course and outcome. 1 vol., American Psychiatric Press (Washington D.C.) 1999; 315 p.
34. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic depressive illness.* 1 vol., Oxford Univeristy Press (New York) 1990.
35. Goodwin GM, Nolen N, Bourgeois ML, et al. Treatment of bipolar depressive mood disorders: Algorithms for pharmacotherapy. Int J Psychiatr Clin Pract 1997; 1:S9-S12.
36. Henry Ch. Du concept d'état mixte à la dimension dysphorique des manies. 1 vol. Doin ed. (Paris), collection Références en Psychiatrie 1999; 74 p.
37. Hirschfeld RMA. Course and treatment of bipolar depression. In: Bowden CL: Diagosis and management of bipolar disorders. 1 vol. Science Press (London) 2000; Chapitre 3:25-34.
38. Howland RH. Pharmacotherapy of inpatients with bipolar depression. Ann Clin Psychiatr 1997; 9 (4):199-202.
39. Kane JM. The role of neuroleptics in manic-depressive illness. J Clin Psychiatry 1988; 49 (suppl 11):12-14.
40. Keller MB, Lavori PW, Coryell W, et al. Differential outcome of pure manic, mixed/cyling, and pure depressive episodes in patients with bipolar illness. JAMA 1986; 255:3138-3142.
41. Krebs MO. Traitement des déprimés bipolaires. L'Encéphale, Sp. VII 1996; 52-56.
42. Kukopoulos A, Reginaldi D, Laddomada P, et al. Course of the manic-depressive cycle and changes caused by treatments. Pharmakopsychiatr. Neuropsychopharmakol 1980; 13:156-167.
43. Leonhard K (1979). In: E. Robins (Ed.), The classification of endogenous psychoses (5th Edition). Translated by Russell Berman. Irvington Publishers, New York (Aufteilung der Endogenen Psychosen. 1st ed. Akademie-Verlag, Berlin (1957).
44. Marneros A. Handbuch der unipolar und bipolar Erkrankungen. 1 vol., Gerog Thieme Verlag Ed. (Stuttgart, New York) 1999; 704 p.
45. Mcelroy SL, Keck PE, Pope HG, et al. Clinical and Research Implications of the Diagnosis of Dysphoric or Mixed Mania or Hypomania, Am J Psychiatr 1992; 149:1633-1644.
46. Mitchell P, Parker G, Jamieson K, et al. Are there any differences between bipolar and unipolar melancholia? J Aff Dis 1992; 25:97-106.
47. Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Boyce P, et al. Classifying depression by mental state signs. Br J Psychiatr 1990; 157:55-56.
48. Perris C. A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Acta Psychiatr Scand 1996; 42:1-189.
49. Potter WZ. Bipolar depression: Specific treatments. J Clin Psychiatr 1998; 59 (suppl 18):30-36.
50. Robertson HA, Lam RW, Stewart JN, et al. Atypical depressive symptoms and clusters in unipolar and bipolar depression. Acta Psychiatr Scand 1996; 94:421-427.
51. Tohen M, Zarate CA. Antipsychotic agents and bipolar disorder. J Clin Psychiatr 1998; 59 (suppl.1):38-48.
52. Tsuang MT. George Winokur and «the natural history of mania, depression and schizophrenia». J Affect Dis, special issue George Winokur 1998; 50:2-3, 79-80.
53. Vieta E, Benabarre A, Colom F, et al. Suicidal behavior in Bipolar I and Bipolar II disorder. J Nerv Ment Dis 1997; 185 (6):407-409.
54. Vieta E, Nieto E, Gasto C, et al. Serious suicide attempts in affective patients. J Affect Disord 1992; 24:147-152.
55. Winokur G, Clayton P, Reich T. Manic-depressive illness. St.Louis, M.O., C.V. Mosby Company. J Clin 1969. Zornberg G, Pope H. Treatment of bipolar depression in bipolar disorder. New directions for research Psychopharmacol 1993; 13:397-408.
56. Zornberg G, Pope H, Treatment of bipolar depresión in bipolar disorder. New directions for research. J Clin Psychopharmacol 1993, 13: 397-408.

8

LA INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL TRASTORNO BIPOLAR

M. Reinares, B. Corbella, E. Vieta

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar, enfermedad crónica caracterizada por remisiones y exacerbaciones de las alteraciones del estado de ánimo, presenta una prevalencia a lo largo de la vida en torno al 1,6% (Kessler y cols., 1994). Aunque aproximadamente el 70% de pacientes responden al litio en un episodio agudo, se ha estimado que al año de seguimiento cerca de un 40% de los mismos experimentan una recaída a pesar del mantenimiento de la medicación, cifra que se eleva a un 60% a los dos años de seguimiento (Miklowitz y Goldstein, 1997). Por otra parte, aproximadamente la mitad de los pacientes abandona el litio al menos una vez en la vida y un tercio de los mismos lo hace en más ocasiones (Jamison y cols., 1979; Colom y cols., 2000); las interrupciones frecuentes del tratamiento con litio pueden provocar refractariedad a dicho tratamiento (Post y cols., 1992; Maj y cols., 1995). A su vez, la falta de adherencia terapéutica facilita las recurrencias e intensificación de los episodios afectivos, habiéndose observado que la vulnerabilidad para las recaídas aumenta con cada una de ellas (Post y cols., 1984; Coryell y cols., 1995). Dicho empeoramiento en el curso de la enfermedad incrementa el riesgo de suicidio, que en pacientes del espectro bipolar se sitúa entre el 10% y el 15% (Vieta y cols., 1999); los pacientes unipolares con depresión recurrente y los pacientes bipolares constituyen el subgrupo de patología afectiva que, durante un episodio depresivo, realiza de forma más precoz un intento de suicidio (Vieta y cols., 1992). Otras posibles consecuencias del empeoramiento de la enfermedad son los problemas interpersonales, las dificultades en el funcionamiento laboral, los problemas económicos, las conductas sexuales de riesgo, la desorganización familiar, los conflictos de pareja, el divorcio, el abuso de tóxicos, las hospitalizaciones y la violencia.

Estos datos ilustran que el tratamiento farmacológico no resulta suficiente y que los pacientes también pueden beneficiarse de intervenciones de tipo psicosocial. En la actualidad, tal y como postula el modelo de vulnerabilidad al estrés (Zubin y Spring, 1977), se acepta que las influencias ambientales juegan, junto con las genéticas y las

biológicas, un papel fundamental en el trastorno bipolar. Miklowitz y Frank (1999) explican las recurrencias del trastorno bipolar a partir de la combinación de factores biológicos, acontecimientos vitales estresantes de tipo agudo, formas crónicas de estrés familiar y alteraciones del ritmo social y circadiano.

Resulta evidente la necesidad de llevar a cabo intervenciones psicoterapéuticas que complementen y faciliten la farmacoterapia. Las intervenciones psicológicas que se han realizado con pacientes bipolares abarcan tratamientos muy diversos, aunque la mayoría de estudios carecen de un soporte metodológico apropiado (Parikh y cols., 1997; Colom y cols., 1998; Lalaguna y cols., 1999; Rothbaum y Astin, 2000; Swartz y Frank, en prensa). Zaretsky y Segal (1995) identificaron los siguientes objetivos comunes a la mayoría de abordajes psicoterapeúticos utilizados en pacientes bipolares: mayor control de la sintomatología afectiva, ajuste ambiental tras los acontecimientos vitales, potenciar la adherencia terapéutica, potenciar el soporte social, mejorar el ajuste familiar, regular las rutinas diarias, e instaurar estrategias de afrontamiento efectivas.

Con respecto a la intervención familiar, son pocos los estudios que han analizado el papel de la familia en el trastorno bipolar. Algunos estudios establecen relaciones entre determinadas actitudes familiares y la evolución del trastorno (Miklowitz y cols., 1988; Priebe y cols., 1989; Honig y cols., 1995), dichos hallazgos justifican la importancia de incrementar el número de estudios que evalúen la eficacia de la intervención familiar en el trastorno bipolar.

EL PORQUÉ DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES BIPOLARES

Los avances farmacológicos y la consecuente desinstitucionalización de pacientes con patología psiquiátrica facilitó que la familia pasara a asumir la función de cuidadora; la breve duración de las hospitalizaciones genera en los familiares la responsabilidad de hacerse cargo de un paciente que a menudo no se ha recuperado del todo de la sintomatología que ocasionó el ingreso (Cabrero, 1988; Goldstein, 1996; Miklowitz y cols., 1996). Se ha sugerido la existencia de una relación entre la sintomatología residual y prodrómica, atribuyéndose a los síntomas residuales un valor pronóstico (Fava 1996, 1999). La importancia que tiene el estrés ambiental en las recurrencias del trastorno bipolar, así como el hecho de que un gran número de pacientes vivan con sus familiares, ha motivado que muchos estudios intenten dilucidar las relaciones que se establecen entre el entorno familiar y el curso del trastorno.

Es evidente que el trastorno bipolar incide en el funcionamiento familiar y, simultáneamente, dicho funcionamiento afecta al curso del trastorno. Cada episodio de la enfermedad es un acontecimiento estresante tanto para el paciente como para quienes le rodean; con cada recaída el equilibrio familiar se ve alterado y requiere nuevas estrategias de afrontamiento. Es frecuente que, ante un primer episodio, tanto el paciente como sus familiares, manifiesten reacciones de negación, ira, ambivalencia y ansiedad (Goodwin y Jamison, 1990); también son habituales las resistencias del paciente a la

farmacoterapia y la hipervigilancia por parte de sus familiares (Miklowitz y Goldstein, 1997). Dichas reacciones forman parte del proceso de aceptación de la enfermedad y es importante que sean exploradas. Se hace patente que tanto los pacientes como sus familiares necesitan que se les proporcione mayor soporte e información sobre la enfermedad, su etiología, su curso y su tratamiento (American Psychiatric Association, 1994; Frances y cols., 1996; Basco y Thase, 1997; Colom y cols., 1998). El creciente interés que han recibido los grupos de autoayuda constituye una prueba evidente de dicha necesidad (Vieta y Jorquera, 1997).

La mayoría de estudios sobre intervención familiar están basados en los trabajos de Falloon y cols. (1982, 1985) con pacientes esquizofrénicos que, partiendo de un modelo conductual de terapia familiar, concibe a la familia como recurso para alcanzar la rehabilitación comunitaria. Desde esta perspectiva, la capacidad de promover un funcionamiento saludable se logra a través de mecanismos de afrontamiento que permiten proteger de los efectos perjudiciales del ambiente al miembro vulnerable de la familia. El tratamiento consiste básicamente en los siguientes módulos: psicoeducación, entrenamiento en habilidades de comunicación y entrenamiento en resolución de problemas.

Diversos autores sugieren que las diferentes fases de la enfermedad requieren distintas estrategias terapéuticas (Miklowitz,1996; Miklowitz y cols., 1996; Miklowitz y Goldstein, 1997; Swartz y Frank, en prensa). Desde esta perspectiva, la fase aguda se centraría en construir una alianza terapéutica que ofrezca soporte y contención ante las reacciones emocionales que se derivan de la ocurrencia del episodio. En la fase de estabilización se trabajaría la adaptación y afrontamiento de la familia ante los síntomas residuales y la realidad psicosocial del paciente tras el episodio; la psicoeducación ocuparía un papel fundamental, destacando la importancia de llevar a cabo un tratamiento farmacológico continuado. En la fase de mantenimiento la familia precisaría soporte para hacer frente a sus temores ante el futuro de la enfermedad y sus consecuencias; sería útil incorporar el entrenamiento en habilidades de comunicación y la resolución de problemas.

La carga experimentada por los familiares

Una revisión sobre los problemas que presentan los familiares que conviven con pacientes psiquiátricos, destaca que la carga que éstos experimentan resulta notable (Fadden y cols., 1987). Las actividades sociales y de ocio eran las que, según referían los familiares, se veían más afectadas; también evidenciaban problemas económicos. Los familiares afirmaban que se les proporcionaba poca información sobre la enfermedad y las estrategias para hacer frente a situaciones difíciles que ésta podía generar; comentaban que dicha información sólo se les brindaba en situaciones de crisis. Perlick y cols. (1999), en un estudio con familias de 266 sujetos diagnosticados de trastorno bipolar o esquizoafectivo, observaron que el 93% de familiares referían estrés moderado o elevado asociado a algunas de las siguientes áreas: los síntomas del paciente, la disfunción del funcionamiento diario, los efectos de la enfermedad del paciente sobre

la actividad laboral o de ocio del familiar. Las creencias de los familiares explicaban el 18-28% de la carga experimentada y ésta era superior en los que atribuían al paciente la capacidad de controlar sus síntomas.

El hecho de que las atribuciones jueguen un papel tan importante en la percepción de la carga, fundamenta la importancia de las intervenciones de tipo psicoeducativo que pretenden instruir a los familiares sobre la enfermedad y orientarles en las formas de afrontamiento de la misma. La intervención permite mejorar el curso de la enfermedad del paciente, así como prevenir los efectos adversos que la carga puede generar en la salud mental de los familiares (Fadden y cols., 1987; Goldstein, 1996).

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL TRASTORNO BIPOLAR

La intervención familiar pretende dotar a las familias de una serie de conocimientos que permitan mejorar su comprensión de la enfermedad, así como facilitar ciertos cambios en sus actitudes y conductas. La información permite la prevención de recaídas mediante la disminución de factores de riesgo (abandono de la medicación, irregularidad de hábitos y estrés) y la identificación y tratamiento precoz de los síntomas prodrómicos, con lo cual se evita el empeoramiento del episodio y consecuentemente la hospitalización. A su vez, la información facilita una óptima contribución por parte de los familiares ante un episodio agudo y ante la presencia de sintomatología subsindrómica. El facilitar conocimientos y recursos a la familia no sólo contribuye a la comprensión y aceptación de la enfermedad, sino también a la desestigmatización del trastorno y a una mejoría en la calidad de vida de todos sus miembros. Dichos factores pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad disminuyendo el número de recaídas y sus posibles consecuencias (Tabla 1).

Tabla 1. Objetivos de la intervención familiar en el trastorno bipolar

Comprensión de la naturaleza de la enfermedad
Desestigmatización
Identificación de posibles factores desencadenantes
Identificación precoz de los síntomas prodrómicos de recaídas
Planificación de estrategias de afrontamiento ante los síntomas prodrómicos
Planificación de estrategias de afrontamiento ante los episodios agudos
Planificación de estrategias de afrontamiento ante los síntomas subclínicos
Contribución familiar al cumplimiento terapéutico
Prevención y manejo del estrés familiar
Fomento del bienestar y de la calidad de vida

Haas y cols. (1988) aplicaron un programa de intervención familiar a pacientes ingresados cuyos objetivos eran: la aceptación de la naturaleza de la enfermedad junto a la comprensión del episodio, la identificación de posibles desencadenantes del episodio, la identificación de posibles estresores futuros internos y externos a la familia, la detección de interacciones familiares que pudieran producir estrés en el paciente, la planificación de estrategias que permitan afrontar y/o minimizar los estresores futuros, y la aceptación, por parte del paciente y de la familia, de la necesidad de tratamiento continuado tras el ingreso hospitalario. La conciencia de enfermedad y de la necesidad de tratamiento a largo plazo es el factor clave para el cumplimiento de la medicación y la mejora del curso de la enfermedad (Colom y cols., 2000).

Por su parte, el tratamiento focalizado en la familia llevado a cabo por Miklowitz y Godstein (1997) y Miklowitz y Frank (1999) pretende alcanzar los siguientes objetivos: integración de las experiencias asociadas a los episodios del trastorno bipolar, aceptación de la noción de vulnerabilidad ante futuros episodios, aceptación de la dependencia de la medicación psicotrópica para el control de los síntomas, distinción entre la personalidad del paciente y el trastorno bipolar, ayuda en el reestablecimiento de las relaciones tras el episodio, reconocimiento de los acontecimientos vitales estresantes que pueden desencadenar recurrencias del trastorno y aprendizaje de habilidades de afrontamiento ante los mismos.

INTERVENCIÓN FAMILIAR: ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ESTADO ACTUAL

El precedente de la esquizofrenia

Los primeros trabajos sobre intervención familiar se llevaron a cabo con pacientes esquizofrénicos. Diversas teorías sugerían el factor etiológico que parecía representar la familia en el desarrollo de la esquizofrenia (Fromm-Reichmann, 1948; Batenson y cols., 1956; Lidtz y cols., 1958). Posteriormente, siguiendo un modelo biopsicosocial, la familia deja de tener un papel causal para ser contemplada como un factor que puede influir en el curso de la enfermedad. Desde esta perspectiva se concibe que una enfermedad, por biológico que sea su origen, incide sobre un individuo, miembro de un grupo familiar y social y sometido, por tanto, a las múltiples influencias que de ello se derivan (Obiols y Obiols, 1989).

Serían Brown y cols. (1958, 1962, 1972) los primeros en investigar la posible relación entre el ambiente al que el paciente retorna tras la hospitalización y las posteriores recaídas. Estos autores demostraron que el índice de expresividad emocional, traducida también como emoción expresada (EE), constituido por la presencia de comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación emocional de los familiares hacia el paciente, condicionaba la evolución del trastorno. La Camberwell Family Interview (CFI) (Brown y Rutter, 1966; Rutter y Brown, 1966) es una entrevista semiestructurada que permite evaluar la EE; la versión inicial requería una duración aproximada de tres horas para su administración, pero Vaughn y Leff (1976a) diseñaron una versión abreviada cuya administración supone alrededor de una hora y media. Algunos estudios (Leff y cols., 1982; Vaughn y cols., 1984) indicaron que los pacientes que tras la hospitalización volvían a hogares de alta EE presentaban más recaídas a los nueve meses de seguimiento que aquellos que regresaban a hogares de baja EE. Montero y cols., (1990) replicaron el estudio de Vaughn y cols. (1984) en una muestra española; no hallaron relaciones

significativas entre la EE y las recaídas utilizando los baremos británicos (Vaughn y Leff, 1976a), aunque sí las obtuvieron al rebajar el punto de corte de la subescala de comentarios críticos de la CFI. Por su parte, Rosenfarb y cols. (1995) hallaron relación entre las actitudes de alta EE familiar y una mayor presencia de sintomatología subclínica en el paciente. Más recientemente, Butzlaf y Hooley (1998) concluyeron que la magnitud de la asociación EE y recaídas se veía incrementada cuando las muestras investigadas estaban formadas por pacientes con una mayor cronicidad.

A partir de estos resultados, se iniciaron estudios que sugieren que la combinación del tratamiento farmacológico y la intervención familiar es más efectiva para la prevención de recaídas de pacientes esquizofrénicos que el uso exclusivo del tratamiento farmacológico (Goldstein y cols., 1978; Falloon y cols., 1982; Leff y cols., 1982; Hogarty y cols., 1986, 1990; Anderson y cols., 1988; Liberman, 1993; Ballús-Creus, 1996, 1998).

La validez predictiva de la EE también ha sido estudiada en personas afectadas por otras patologías psiquiátricas; un ejemplo claro son los estudios que indican la influencia de la EE en las tasas de recaídas de pacientes depresivos (Vaughn y Leff, 1976b; Hooley y cols., 1986). El principal problema metodológico relacionado con la EE y el curso de la enfermedad es la dirección de la causalidad. Como ocurre al estudiar acontecimientos vitales, no es fácil separar las causas de las consecuencias de la enfermedad. Por otra parte, muchos estudios no analizan en profundidad la psicopatología de los familiares de los pacientes.

Actitudes familiares y trastorno bipolar (Tabla 2)

En la década de los ochenta, Miklowitz y cols. (1988) evaluaron la EE y el estilo afectivo (EA; conductas interaccionales) de las familias de 23 pacientes bipolares tras una hospitalización por un episodio maníaco. Tras un seguimiento de nueve meses concluyeron que los sujetos pertenecientes a familias de baja EE y EA positivo presentaban una tasa de recaídas del 17%, mientras que de aquellos cuyas familias puntuaban alto en EE y negativo en EA recayeron un 94%. Las relaciones observadas eran independientes de la medicación basal, la adherencia terapéutica, la sintomatología y la historia de la enfermedad. Dichos resultados sugieren que el ambiente emocional de la familia tras el período de hospitalización es un predictor importante del curso clínico del paciente con trastorno bipolar. El pequeño tamaño de la muestra, la brevedad del seguimiento y la influencia de variables que no fueron rigurosamente controladas (comorbilidad en el eje II, psicopatología familiar y tratamiento farmacológico) son algunas de las limitaciones de este estudio.

Priebe y cols. (1989) estudiaron la relación entre la EE de los familiares y el curso de 21 pacientes bipolares o esquizoafectivos que llevaban un mínimo de tres años con litio. Los resultados indican que los pacientes que vivían con familiares de alta EE mostraban peor evolución que los que convivían con familiares de baja EE, tanto en los tres años previos a la entrevista como en los nueve meses de seguimiento. Debido al pequeño tamaño de la muestra los resultados no pueden ser generalizados.

Tabla 2. Actitudes familiares y trastorno bipolar

Estudio	*Muestra*	*Diseño*	*Resultados*
Miklowitz y cols., 1988	23 pacientes bipolares tras hospitalización por episodio maníaco	Estudio observacional en el que se analizaron las posibles relaciones entre funcionamiento familiar y evolución del paciente. Seguimiento: 9 meses	Los sujetos de familias con baja EE y EA positivo tuvieron un 17% de recaídas, frente al 94% registradas en pacientes de familias con alta EE y EA negativo
Priebe y cols., 1989	21 pacientes bipolares o esquizoafectivos asintomáticos y con más de 3 años de tratamiento con litio	Estudio observacional en el que se analizó la relación entre la EE familiar y la evolución de los pacientes de modo retrospectivo (3 años) y prospectivo (9 meses)	Los pacientes que vivían con familias de alta EE mostraron peor evolución que los pacientes cuyas familias presentaban baja EE
Honig y cols., 1995	37 pacientes bipolares, mayoritariamente eutímicos	Estudio comparativo de intervención familiar en el que a su vez se analizó de modo retrospectivo la relación entre EE familiar y evolución del paciente	La alta EE guardaba relación con una mayor frecuencia de recaídas
Simoneau y cols., 1998	48 pacientes bipolares tras episodio maníaco o mixto	Estudio observacional en el que se analizaron las interacciones que se producían entre los pacientes y sus familiares en hogares de alta o baja EE	En las familias de alta EE los pacientes y sus familiares llevaban a cabo más interacciones negativas que en las de baja EE

EE = emoción expresada; EA = estilo afectivo.

Honig y cols. (1995) hallaron correlaciones significativas entre altos niveles de EE por parte de los familiares y un mayor número de episodios e ingresos hospitalarios en los pacientes. Sin embargo, resulta difícil determinar la dirección de causalidad, si existe, entre la alta EE y el número de recaídas. Debido a que no se llevó a cabo un seguimiento, no es posible establecer si el cambio producido en la EE de los familiares tras la intervención afecta al posterior curso de la enfermedad.

Entre los estudios que se centran en los procesos de interacción, Miklowitz y cols. (1995) analizaron las interacciones verbales que tras un ingreso hospitalario se establecían entre los familiares y un grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia o de trastorno bipolar. A través de las tareas de resolución de problemas se observó que los familiares de pacientes esquizofrénicos tenían un estilo afectivo más negativo, ca-

racterizado por una mayor frecuencia de intrusiones. También se observó que los pacientes bipolares expresaban verbalizaciones de mayor soporte hacia sus familiares que los pacientes esquizofrénicos. Cuando los familiares presentaban un estilo afectivo negativo los pacientes bipolares tenían más tendencia a la externalización o manifestación de rechazo, en comparación con los pacientes esquizofrénicos que tendían a la internalización o autocrítica. Los autores señalan la necesidad de evaluar la estabilidad de dichas interacciones, utilizando muestras de pacientes que se encuentren en distintas fases de la enfermedad, así como sujetos que lleven distinto tiempo de evolución desde el inicio de la misma.

Por su parte, Simoneau y cols. (1998) analizaron las interacciones que se producían entre un grupo de pacientes bipolares (N = 48) y sus familiares de alta o baja EE tras un episodio agudo. Hallaron que tanto los familiares de alta EE como los pacientes de dichas familias llevaban a cabo más interacciones negativas, verbales y no verbales, en comparación con familiares y pacientes de hogares de baja EE. Sus resultados indican que, durante el período posterior a la hospitalización, los niveles de alta EE están asociados a patrones de interacción estresantes entre los pacientes y sus familiares. Los autores concluyen que las conductas de tipo negativo por parte de unos y otros no se pueden analizar de forma aislada, sino como parte de un amplio proceso bidireccional. No obstante, reconocen la limitación de estudiar dichos patrones de interacción solamente tras la hospitalización, señalando la importancia de llevar a cabo estudios similares en otras fases de la enfermedad; también sugieren la necesidad de realizar observaciones familiares naturalísticas.

La intervención familiar en el trastorno bipolar (Tabla 3)

Son escasos los estudios que analizan la eficacia de la intervención familiar en el trastorno bipolar. Fitzgerald (1972) fue uno de los primeros autores que describió los beneficios derivados de la realización de intervención familiar en el contexto de un ingreso hospitalario por fase maníaca. En su estudio observó que la terapia familiar disminuía el rechazo al tratamiento farmacológico, reducía las tasas de recaídas y mejoraba la comunicación familiar; no obstante, cabe destacar que se trataba de un trabajo no controlado con pocos pacientes (N = 25) y en el que no se llevó a cabo un seguimiento sistematizado. Davenport y cols. (1977) compararon la evolución de la enfermedad en tres grupos de pacientes bipolares medicados. Los resultados indicaron que aquellos que recibieron con mayor frecuencia tratamiento psicoterapeútico (terapia de pareja semanal) presentaron durante el seguimiento un menor número de ingresos hospitalarios, menores rupturas matrimoniales y disminución de las tasas de suicidio. La heterogeneidad en el tamaño de los grupos y el hecho de que la duración de los matrimonios asignados a terapia de pareja fuera significativamente mayor que la de los matrimonios asignados a los otros grupos son algunas de las limitaciones de este estudio.

Haas y cols. (1988) y Spencer y cols. (1988) estudiaron una muestra de 169 pacientes psiquiátricos (50 con trastorno afectivo mayor), asignados aleatoriamente a trata-

Tabla 3. Principales estudios de intervención familiar en pacientes bipolares

Estudio	*Muestra*	*Diseño*	*Resultados*
Fitzgerald, 1972	25 pacientes bipolares hospitalizados por episodio maníaco	Terapia familiar de tipo psicoeducativa y énfasis en la comunicación	La intervención facilitó el cumplimiento del tratamiento, la disminución de recaídas y la mejoría de la comunicación intrafamiliar
Davenport y cols., 1977	65 pacientes bipolares tras hospitalización	Estudio comparativo: Grupo 1 (N = 12): terapia de pareja semanal de orientación psicodinámica y litio. Grupo 2 (N = 11): asistencia en los momentos de crisis y litio. Grupo 3 (N = 42): asistencia comunitaria habitual. Seguimiento: 2-10 años	Los pacientes que recibieron con mayor frecuencia tratamiento psicoterapeútico presentaron una disminución del número de ingresos, de la tasa de suicidios y de las rupturas matrimoniales
Miklowitz y Goldstein, 1990	32 pacientes bipolares tras hospitalización por episodio maníaco	Asignación aleatoria: Grupo experimental (N = 9): protocolo de medicación estandarizado junto a 21 sesiones de intervención familiar (psicoeducación, comunicación y resolución de problemas). Grupo control (N = 23): protocolo de medicación estandarizado. Seguimiento: 9 meses	El grupo experimental presentó un 11% (1/9) de recaídas. El grupo control presentó un 61% (14/23) de recaídas
Clarkin y cols., 1990	50 pacientes hospitalizados con trastorno afectivo mayor (21 bipolares y 29 unipolares)	Asignación aleatoria: Grupo experimental (N = 12 bipolares y 17 unipolares): tratamiento hospitalario estandarizado concomitante con un mínimo de 6 sesiones de psicoeducación familiar. Grupo control (N= 9 bipolares y 12 unipolares): tratamiento hospitalario estandarizado. Seguimiento: 18 meses	La intervención familiar se mostró efectiva en la evolución de los pacientes bipolares de sexo femenino y en sus familiares, quienes mostraron una actitud más positiva hacia el paciente y su tratamiento. Se halló relación positiva entre la actitud familiar de soporte hacia el tratamiento durante la intervención y la posterior adherencia terapéutica

Tabla 3. Principales estudios de intervención familiar en pacientes bipolares *(continuación)*

Estudio	*Muestra*	*Diseño*	*Resultados*
VanGent y Zwart, 1991	26 pacientes bipolares	Asignación aleatoria: Grupo experimental (N = 14): 5 sesiones psicoeducativas impartidas a las parejas de los pacientes del grupo. Grupo control (N = 12): no se realizó psicoeducación. Seguimiento: 6 meses (y 12 meses para la variable adherencia terapéutica)	La intervención incrementó los conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento, así como la comprensión mutua entre los pacientes y sus parejas. No se encontraron diferencias significativas con respecto a la adherencia terapéutica y al número de reingresos
Honig y cols., 1995	37 pacientes bipolares, mayoritariamente eutímicos	Estudio comparativo: Grupo experimental (N = 19): intervención familiar de 6 sesiones psicoeducativas. Grupo control (N = 18): no se realizó psicoeducación	La EE del grupo control se mantuvo invariable; en el grupo experimental un 21% de familiares redujo su EE, aunque las diferencias no fueron significativas

EE = emoción expresada

miento hospitalario con intervención familiar de alto componente psicoeducativo o a tratamiento hospitalario sin intervención familiar. Los resultados señalaron la superioridad que sobre el curso de la enfermedad tenía la intervención familiar junto al tratamiento hospitalario, particularmente para el sexo femenino y con patología afectiva, durante un período de seguimiento de 18 meses. A su vez, dicha intervención mejoraba las actitudes de los familiares hacia el tratamiento, tanto en familias de pacientes con patología afectiva como en familias de pacientes esquizofrénicos. La heterogeneidad de la muestra, con la inclusión de pacientes no bipolares, es una de las limitaciones de estos estudios.

Miklowitz y Goldstein (1990) realizaron un estudio de nueve meses de seguimiento con una muestra constituida por 32 pacientes bipolares tras un ingreso por un episodio maníaco. Un subgrupo de pacientes fue asignado a un protocolo de medicación estandarizado, y otro subgrupo recibió, junto a dicho tratamiento farmacológico, 21 sesiones (nueve meses) de intervención centrada en la familia consistentes en psicoeducación, entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de problemas. Los resultados reflejaron un 11% (1 de 9) de recaídas en los pacientes que recibieron tratamiento farmacológico junto a intervención familiar, frente a un 61% (14 de 23) de recaídas en el grupo que recibió exclusivamente tratamiento farmacológico. La breve duración del seguimiento, así como la poca rigurosidad en el control del tratamiento farmacológico son algunas de las limitaciones de este estudio.

Clarkin y cols. (1990) asignaron aleatoriamente a 50 pacientes, en régimen hospitalario, que cumplían criterios de trastorno afectivo mayor (21 bipolares y 29 unipolares) a tratamiento farmacológico o a tratamiento farmacológico concomitante con intervención familiar. En las evaluaciones efectuadas a los 6 y 18 meses de seguimiento, la intervención familiar se mostró efectiva en la evolución (clínica y funcionamiento sociolaboral) de los pacientes bipolares de sexo femenino, así como en sus familiares que presentaron una actitud más positiva hacia el paciente y su tratamiento. También se evidenció que la actitud familiar hacia el tratamiento farmacológico durante la intervención guardaba relación con la subsiguiente adherencia terapéutica por parte de los pacientes. La intervención familiar no fue efectiva para los sujetos con trastorno unipolar ni para sus familiares. La interpretación de este estudio es limitada debido a la ausencia de datos sobre recaídas o rehospitalizaciones de los pacientes. Por otra parte, resulta escaso el número de pacientes que cumplían criterios para trastorno bipolar.

VanGent y Zwart (1991) estudiaron la eficacia de una intervención psicoeducativa en parejas de pacientes bipolares, comparando un grupo experimental (N = 14) con un grupo control (N = 12). Tras la intervención se hizo patente un incremento de los conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento y, tanto los pacientes como sus respectivas parejas, refirieron un aumento de la comprensión mutua; no se hallaron diferencias significativas respecto al cumplimiento de la medicación y al número de reingresos. Los resultados de este estudio no pueden ser generalizados a muestras con inicio reciente de la enfermedad, debido a que los pacientes de ambos grupos llevaban mucho tiempo de evolución (media: 18 años) y habían sido hospitalizados frecuentemente (media: 4,4 ingresos).

Honig y cols. (1995) compararon la EE de un grupo de familiares de pacientes bipolares que asistieron a un programa de psicoeducación (N = 19) con respecto a un grupo control (N = 18). Tras el tratamiento, no se registraron cambios en la EE en el grupo control. En el grupo experimental el 21% de los familiares redujo su EE; no obstante, dicha diferencia no resultó significativa. El pequeño número de familiares que presentaban niveles de alta EE en ambos grupos justifica la replicación de este estudio en muestras más amplias.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Son múltiples los déficits metodológicos que presentan los estudios realizados hasta la fecha. Posteriores investigaciones deberían plantear diseños prospectivos con muestras de mayor tamaño y períodos de seguimiento más prolongados, evitando la heterogeneidad de las muestras (diagnóstico, tiempo de evolución, número de episodios, inclusión/exclusión del paciente en la intervención familiar) y controlando la psicopatología familiar, el tratamiento farmacológico y la presencia de acontecimientos vitales.

Una cuestión que queda por aclarar es la que concierne a causas y efectos; como ya Miklowitz y cols. (1988) habían anticipado, es importante determinar si las actitudes

y conductas familiares son estresores con un papel causal en las recaídas del paciente o bien epifenómenos de otros factores causales. En relación al tiempo de evolución de la enfermedad, sería importante investigar si los patrones de interacción que se establecen entre el sujeto y sus familiares son estables o si varían en función del número de episodios y de la fase de la enfermedad en que se encuentra el paciente.

Por otra parte, todavía quedan por resolver muchas otras cuestiones importantes: en qué fase de la enfermedad (aguda, estabilización o mantenimiento) la intervención resulta más efectiva; cuáles son los componentes de la intervención (psicoeducación, comunicación, resolución de problemas) que pueden explicar dicho efecto, y a través de qué mecanismos (adherencia, reducción del estrés...); y, relación coste-beneficio de la intervención familiar. En lo que respecta a la fase óptima para llevar a cabo la intervención, Goodwin y Jamison (1990) sugieren que esperar a los intervalos interepisódicos para elaborar el significado y naturaleza de la enfermedad permite que, tanto la educación como la toma de decisiones, tengan lugar en una atmósfera con menor carga emocional.

Mari y Streiner (1994) indican la importancia de que las intervenciones familiares futuras incorporen los siguientes aspectos de evaluación: monitorización de los días libres de sintomatología; funcionamiento social; calidad de vida; estrés familiar; carga familiar; acontecimientos vitales; intentos de autolisis; número de ingresos y duración de las hospitalizaciones; contactos con los servicios psiquiátricos; y adherencia terapéutica.

Por último, tal y como proponen Magaña y cols. (1985) y Miklowitz y Hooley (1998), sería útil el desarrollo y validación de instrumentos de evaluación del funcionamiento familiar más breves y de administración más sencilla que la CFI. La Five-Minute Speech Sample (Gottschalk y Gleser, 1969; Magaña y cols., 1985) es una entrevista con preguntas similares a las de la CFI pero con una duración mucho más reducida; todavía son necesarios más estudios para poder validarla. También se han utilizado tareas que implican interacción como la resolución de problemas como método para evaluar el funcionamiento familiar. Otras posibilidades incluyen cuestionarios tales como la Escala de Ambiente Familiar de Moos (Moos y Moos, 1981). Diversos autores, entre los que se encuentran Hooley y Richters (1991), subrayan la importancia de centrarse en la identificación de los predictores de recaída en lugar de limitarse al desarrollo de medidas alternativas para la evaluación de la EE.

CONCLUSIONES

A partir de los estudios realizados se hace evidente que tanto los pacientes que sufren un trastorno bipolar como sus familiares pueden beneficiarse de la intervención familiar. La combinación de intervención familiar y tratamiento farmacológico probablemente permite reducir el número de recaídas y hospitalizaciones, favoreciendo la adaptación familiar, social y laboral del paciente. No obstante, para poder generalizar los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas, se hace patente la necesidad

de diseñar futuros estudios de mayor rigor metodológico, que permitan discernir mejor entre causas y efectos, y que faciliten el diseño de intervenciones viables, efectivas y evaluables para la delimitación precisa del papel de la intervención familiar en el tratamiento del trastorno bipolar. En este sentido, diseños equiparables a los de los ensayos clínicos con medicamentos deberían ser aplicados a las técnicas de intervención familiar, comparándolas con otro tipo de intervenciones (individual, combinada) y con la ausencia de intervención psicológica (visitas «placebo») para establecer de forma inequívoca si la intervención familiar confiere un valor añadido al tratamiento farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Work Group on Bipolar Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorders. Am J Psychiatry 1994; 151(Suppl.):1-36.
2. Anderson C, Reiss D, Hogarty G. Schizophrenia and family. A practioner's guide to psychoeducation and management. New York, The Guilford Press 1986.
3. Ballús-Creus C. Diez años de orientación terapéutica familiar en la esquizofrenia. Rev Psiquiatria Fac Med Barna 1998; 25:172-176.
4. Ballús-Creus C. L'orientació terapéutica familiar en l'esquizofrènia: evolució de familiars i de pacients. Tesi Doctoral. Universitat de Barcelona, 1996.
5. Basco MR, Thase ME. Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos bipolares. En: Caballo VE (ed.). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1. Madrid, Siglo XXI de España Editores 1997; 575-606.
6. Batenson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. Towards a theory of schizophrenia. Behav Sci 1956; 1:251-264.
7. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. Br J Psychiatry 1972; 121:241-258.
8. Brown GW, Carstairs GM, Topping G. Post hospital adjustment of chronic mental patients. Lancet 1958; 2:685-689.
9. Brown GW, Monk EM, Carstairs GM, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. Br J Prev Soc Med 1962; 16:55-68.
10. Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: a methodological study. Human Relations 1966; 19:241-263.
11. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse. A Meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 1998; 55:547-552.
12. Cabrero L. Cronicidad: esquizofrenia y familia. Rev Psiquiatria Fac Med Barna 1988; 15:314-319.
13. Clarkin JF, Glick ID, Haas GL, Spencer JH, Lewis AB, Peyser J, DeMane N, Good-Ellis M, Harris E, Lestelle V. A randomized clinical trial of inpatient family intervention: V. Results for affective disorders. J Affect Disord 1990; 18:17-28.
14. Colom F, Vieta E, Martínez A, Jorquera A, Gastó C. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? Psychother Psychosom 1998; 67:2-9.

15. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Gastó C. Clinical factors associated to treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. J Clin Psychiatry, 2000; 61:549-555.
16. Coryell W, Endicott J, Maser JD, Mueller T, Lavori Ph, Keller M. The likelihood of recurrence in bipolar affective disorder: the importance of episode recency. J Affect Disord 1995; 33:201-206.
17. Davenport YB, Ebert MH, Adland ML, Goodwin FK. Couple group therapy as an adjunct to lithium maintenance of the manic patient. Am J Orthopsychiatry 1977; 47: 495-502.
18. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. Br J Psychiatry 1987; 150:285-292.
19. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AM. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: A controlled study. N Engl J Med 1982; 306:1437-1440.
20. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, Williamson M, Razani J, Moss HB, Gilderman AM, Simpson GM. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1985; 42:887-896.
21. Fava GA. Subclinical symptoms in mood disorders: patophysiological and therapeutic implications. Psychol Med 1999; 29:47-61.
22. Fava GA. The concept of recovery in affective disorders. Psychther Psychosom 1996; 65:2-13.
23. Fitzgerald RG. Mania as a message. Treatment with family therapy and lithium carbonate. Am J Psychotherapy 1972; 26:547-553.
24. Frances A, Docherty JP, Kahn DA. Expert consensus treatment guidelines for bipolar disorder. A guide for patients and families. J Clin Psychiatry 1996; 57(Suppl. 12A):81-88.
25. Fromm-Reichman F. Notes of the development of treatment of schizophrenics by psichoanalytic psychotherapy. Psychiatry 1948; 11:263-273.
26. Goldstein M. Psychoeducational family interventions in psychotic disorders. New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry 1996; 11:71-79.
27. Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR, May PhRA, Steinberg MR. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. Arch Gen Psychiatry 1978; 35:1169-1177.
28. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness. London: Oxford University Press, 1990.
29. Gottschalk LA, Gleser GC. The measurement of psychological states through analysis of verbal behaviour. University of California Press, Berkeley, 1969.
30. Haas GL, Glick ID, Clarkin JF, Spencer JH, Lewis AB, Peyser J, DeMane N, Good-Ellis M, Harris E, Lestelle V. Inpatient family intervention: a randomized clinical trial. II. results at hospital discharge. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:217-224.
31. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, Madonia MJ. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. Arch Gen Psychiatry 1986; 43:633-642.
32. Hogarty GE, Reiss DJ, Anderson CM. Psychoeducational family management of schizophrenia. En: Herz MI, Keith SJ, Docherty JP (eds.). Handbook of schizophrenia. Amsterdam, Elsevier 1990; 153-167.
33. Honig A, Hofman A, Hilwig M, Noorthoorn E, Ponds R. Psychoeducation and expressed emotion in bipolar disorder, preliminary findings. Psychiatry Res 1995; 56:299-301.
34. Hooley JM, Orley J, Teasdale JD. Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. Br J Psychiatry 1986; 148:642-647.

35. Hooley JM, Richters J Alternative measures of expressed emotion: a methodological and cautionary note. J Abnorm Psychol 1991; 100:94-97.
36. Jamison KR, Gerner RH, Goodwin FK. Patient and physician attitudes toward lithium. Arch Gen Psychiatry 1979; 36:866-886.
37. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:8-19.
38. Lalaguna B, Pérez de Heredia J, López Peña P, Figuerido JL, Ramírez M, González Pinto A. Abordaje psicoterapeútico en el trastorno bipolar. En: González Pinto A, Gutiérrez M, Escurra J (eds.). Trastorno bipolar. Madrid, Aula Médica Ediciones 1999; 199-205.
39. Leff JP, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Fries R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1982; 141:121-134.
40. Liberman RP. Abordaje conductual de la familia. En: Liberman RP. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona, Martínez Roca 1993; 169-200.
41. Lidtz T, Conelison AR, Fleck S, Carlson DT. The intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital schism and marital schew. Am J Psychiatry 1958; 114:241-248.
42. Magaña AB, Goldstein MJ, Karno M, Miklowitz DJ, Jenkins J, Falloon IRH. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. Psychiatry Res 1985; 17:203-212.
43. Maj M, Pirozzi R, Magliano L. Nonresponse to reinstituted lithium prophylaxis in previously responsive bipolar patients: prevalence and predictors. Am J Psychiatry 1995; 152:1810-1811.
44. Mari JJ, Streiner DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. Psychol Med 1994; 24:565-578.
45. Miklowitz DJ, Frank E, George EL. Clinical trials-bipolar disorder. New psychosocial treatments for the outpatient management of bipolar disorder. Psychopharmacol Bull 1996; 32:613-621.
46. Miklowitz DJ, Frank E. New psychotherapies for bipolar disorder. En: Goldberg JF, Harrow M (eds.). Bipolar Disorders. Clinical course and outcome. London: American Psychiatric Press, 1999; 57-84.
47. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Snyder KS, Mintz J. Family factors and the course of bipolar affective disorder. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:225-231.
48. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH. Verbal interactions in the families of schizophrenic and bipolar affective patients. J Abnorm Psychol 1995; 104:268-276.
49. Miklowitz DJ, Goldstein MJ. Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder. Behav Modif 1990; 14:457-489.
50. Miklowitz DJ, Goldstein MJ. Bipolar disorder. A family-focused treatment approach. New York: Guilford Press, 1997.
51. Miklowitz DJ, Hooley JM. Developing family psychoeducational treatments for patients with bipolar and other severe psychiatric disorders. A pathway from basic research to clinical trials. J Marital Fam Ther 1998; 24:419-435.
52. Miklowitz DJ. Psychotherapy in combination with drug treatment for bipolar disorder. J Clin Psychopharmacol 1996; 16(Suppl. 1):56-66.
53. Montero I, Gómez Beneyto M, Ruiz I, Puche E, Adam A. Emotional expressiveness and development of schizophrenia: a reply to the work of Vaughn. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1990; 18:387-395.

54. Moos R, Moos BS. Family environment scale: Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press 1981.
55. Obiols JE, Obiols J. Esquizofrenia. Barcelona, Martínez Roca 1989.
56. Parikh SV, Kusumakar V, Haslam DRS, Matte R, Sharma V, Yatham LN. Psychosicial interventions as an adjunct to pharmacotherapy in bipolar disorder. Can J Psychiatry 1997; 42(Suppl. 2):74-78.
57. Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, Raue P, Greenfield S, Struening E, Rosenheck R. Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. Br J Psychiatry 1999; 175:56-62.
58. Post RM, Rubinow DR, Ballenger JC. Conditioning, sensitization, and kindling: Implications for the course of affective illness. En: Post RM, Ballenger JC (eds.). The neurobiology of mood disorders. Baltimore, Williams & Wilkins 1984; 432-466.
59. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. Am J Psychiatry 1992; 149:999-1010.
60. Priebe S, Wildgrube C, Müller-Oerlinghausen B. Lithium prophylaxis and expressed emotion. Br J Psychiatry 1989; 154:396-399.
61. Rosenfarb IS, Goldstein MJ, Mintz J, Nuechterlein KH. Expressed emotion and subclinical psychopathology observable within the transactions between schizophrenic patients and their family members. J Abnorm Psychol 1995; 104:259-267.
62. Rothbaum BO, Astin MC. Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2000; 61(Suppl. 9):68-75.
63. Rutter M, Brown GW. The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. Social Psychiatry 1966; 1:38-53.
64. Simoneau TL, Miklowitz DJ, Saleem R. Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients. J Abnorm Psychol 1998; 107:497-507.
65. Spencer JH, Glick ID, Haas GL, Clarkin JF, Lewis AB, Peyser J, DeMane N, Good-Ellis M, Harris E, Lestelle V. A randomized clinical trial of inpatient family intervention, III: Effects at 6-month and 18-month follow-ups. Am J Psychiatry 1988; 145:1115-1121.
66. Swartz HA, Frank E. Psychotherapy for bipolar depression: a phase-specific treatment strategy? Bipolar Disorders, en prensa.
67. VanGent EM, Zwart FM. Psychoeducation of partners of bipolar manic patients. J Affect Disord 1991; 21:15-18.
68. Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. Br J Psychiatry 1976b; 129:125-137.
69. Vaughn CE, Leff JP. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. Br J Soc Clin Psychol 1976a; 15:157-165.
70. Vaughn CE, Snyder KS, Jones S, Freeman WB, Falloon IRH. Family factors in schizophrenic relapse. Replication in California of British research on expressed emotion. Arch Gen Psychiatry 1984; 41:1169-1177.
71. Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A. Trastorno bipolar. En: Roca M (ed.). Trastornos del humor. Madrid, Editorial Médica Panamericana 1999; 441-540.
72. Vieta E, Jorquera A. Tratamientos psicológicos. En: Vieta E, Gastó C (eds.). Trastornos bipolares. Barcelona, Springer-Verlag Ibérica 1997; 423-431.

73. Vieta E, Nieto E, Gastó C, Cirera E. Serious suicide attempts in affective patients. J Affect Disord 1992; 24:147-152.
74. Zaretsky AE, Segal ZV. Psychosocial interventions in bipolar disorder. Depression 1994/1995; 2:179-188.
75. Zubin J, Spring B. Vulnerability-A new view of schizophrenia. J Abnorm Psychol 1977; 86:103-126.

9

LAS IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LOS SÍNTOMAS SUBCLÍNICOS DEL TRASTORNO BIPOLAR

E. Tomba, C. Rafanelli, G.A. Fava

Actualmente, la psiquiatría hace hincapié en la evaluación transversal de síntomas, que resulta en criterios diagnósticos y en comorbilidad. Este último concepto puede consistir tanto en la concurrencia de trastornos psiquiátricos del Eje I, como en la asociación de alteraciones de los Ejes I y II. La evaluación longitudinal de los prodromos del trastorno una vez se ha manifestado y de los estados residuales ha sido ampliamente descuidada (Fava y Kellner, 1991; Fava y Kellner, 1993). Este tipo de soslayo es particularmente destacable en los trastornos del estado de ánimo. La asunción básica es que la sintomatología subclínica suele estar desprovista de un interés clínico sustancial. El objetivo de este capítulo es aportar evidencias en contra de esta presunción. Tras examinar los principales aspectos metodológicos de esta área de investigación, se revisará la sintomatología subclínica asociada al trastorno bipolar.

CUESTIONES METODOLÓGICAS

La exploración de la sintomatología subclínica de los trastornos afectivos conlleva varios problemas metodológicos como la definición, la cuantificación, la evaluación, los solapamientos con otras variables psiquiátricas y el papel de las variables longitudinales.

Definición

En la medicina clínica, la sintomatología subclínica puede consistir en tres tipos de síntomas: prodromos, sintomatología residual y fluctuaciones subclínicas en trastornos crónicos.

Los prodromos corresponden a los síntomas y signos iniciales de una enfermedad. La fase prodrómica define el intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas prodrómicos y el de las manifestaciones características de la enfermedad totalmente desarrollada. Las enfermedades infecciosas proporcionan un modelo simple que ejemplifica las diferencias entre las fases. En algunas infecciones, el inicio de la enfermedad es brusco y los síntomas prodrómicos solamente duran unas horas, como en las infecciones agu-

97. Winokur G, Clayton PJ, Reich T. Manic depressive illness. St. Louis: CV Mosby, 1969.
98. Winokur G. Is there a common genetic factor in bipolar and unipolar affective disorder? Compr Psychiatry 1980; 21:460-468.
99. World Health Organization. ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Geneva World Health Organization, 1992.

16

INEFICACIA DE LA PSICOTERAPIA EN LOS TRASTORNOS BIPOLARES: BREVE REVISIÓN CON UN FINAL FELIZ

F. Colom, A. Martínez-Arán, E. Vieta

INTRODUCCIÓN

Las personas no suelen sonreir cuando leen *Natural Genetics*. La primera vez que nos ocurrió –y probablemente la última– fue en abril de 1996. Se había publicado una excelente revisión histórica sobre las tendencias de la investigación genética en los trastornos bipolares (Risch y Botstein, 1996), titulada "Una historia maníaco depresiva". Los autores comparaban el curso de la investigación genética sobre trastornos afectivos con el curso de un trastorno bipolar tipo I grave. ¿Por qué sonreímos? Porque con la psicoterapia sobre trastornos bipolares, uno de nuestros principales intereses, ocurre exactamente lo mismo: tras una fase inicial de grandiosa euforia psicoanalítica, en la que se asumía que la psicoterapia jugaría un papel fundamental en el tratamiento de la enfermedad bipolar, los hallazgos neurobiológicos y farmacológicos parecieron inducir una grave fase melancólica para la psicoterapia a mitad de los años 70 y en los años 80; pocos estudios, mucha confusión y una terrible pérdida de interés. Los años 90 se convirtieron en una época de optimismo para la psicoterapia del trastorno bipolar gracias, sobre todo, al interés de la psiquiatría por las nuevas intervenciones psicológicas para los pacientes bipolares como la psicoeducación, las técnicas cognitivo-conductuales y la terapia interpersonal. La reciente publicación de varios manuales al respecto (Basco y Rush, 1996; Bauer y McBride, 1996) confirma esta tendencia.

Por consiguiente, el hecho de que la psiquiatría haya adoptado tendencias muy distintas a lo largo de su historia ha provocado que, demasiado a menudo, constituyera una mera amalgama de abordajes terapéuticos heterogéneos y conllevara un reduccionismo pendular que probablemente haya sumido a los pacientes bipolares, e incluso a sus terapeutas, en una cierta confusión. Aunque se ha producido un evidente progreso científico en la fisiopatología y el tratamiento del trastorno bipolar, en la mayoría de los países coexisten numerosas orientaciones distintas y contradictorias en la práctica clínica diaria. Desde el eclecticismo mal entendido hasta el reduccionismo tendencioso, el papel de la psicoterapia en la enfermedad bipolar sigue siendo un tema permanentemente polémico.

La investigación aplicada sobre psicoterapia suele verse afectada por importantes limitaciones metodológicas que dificultan la formulación de conclusiones objetivas. El progreso en el campo de la psicofarmacología –especialmente relevante en esta enfermedad– ha conducido a una cierta pérdida de interés sobre la posibilidad de complementar el tratamiento farmacológico con ayuda psicológica.

Como se mencionó anteriormente, antes del conocimiento exhaustivo de los factores genéticos y neurobiológicos implicados en esta enfermedad, el objetivo de los psiquiatras era encontrar un tratamiento psicológico que la curara. La teoría psicodinámica basaba su etiología en motivos biográficos y psicológicos, y confiaba en el psicoanálisis como tratamiento. Algunos autores que utilizaban modelos organodinámicos mixtos, aceptaron el papel de los factores biológicos insistiendo, no obstante, en su relación estrecha con los sistemas de personalidad (Ey y cols., 1978).

En la mayoría de las publicaciones es difícil diferenciar entre lo que los autores consideran rasgos de personalidad y los síntomas de la enfermedad. Este tipo de confusión es muy característica de los autores guiados por los modelos psicogénicos. Este error no es exclusivo de los psicoterapeutas, ya que se ha observado que incluso los clínicos que trabajan desde un modelo más biológico tienden a confundir las formas atenuadas del trastorno con trastornos de la personalidad (Akiskal, 1996).

LA PSICOTERAPIA APLICADA AL TRASTORNO BIPOLAR

Las intervenciones psicológicas para el trastorno bipolar propuestas a lo largo de la historia son muy diversas (Zaretsky y Segal, 1995), pero la mayoría de ellas han sido publicadas sin un apoyo metodológico adecuado, sin grupos control ni evaluación de resultados a ciegas, y se han basado en descripciones anecdóticas de difícil extrapolación. Por otra parte, la ausencia de análisis independientes para cada subtipo clínico o evolutivo de la enfermedad hace que la interpretación de los resultados sea difícil.

PSICOANÁLISIS

A lo largo de su historia, los psicoanalistas no han sentido una excesiva simpatía por las personas que sufren un trastorno bipolar. Al menos, esto es lo que se desprende de sus primeras citas: Abraham (1911) definió a los pacientes bipolares como "impacientes, envidiosos, explotadores..." Posteriormente, en 1949, Fromm-Reichmann descubrió que eran increíblemente diestros en la detección de las vulnerabilidades del terapeuta. Otros autores consideran que los pacientes bipolares son propensos a inducir una fuerte contratransferencia en el analista (Rosenfeld, 1963).

Dadas las características del modelo psicoanalítico, que basa el abordaje del paciente más en la dinámica que en el diagnóstico clínico, solamente existen unos pocos estudios que no sean meras descripciones de casos individuales. En el estudio de Davenport y cols. (1977), se observó la evolución de tres grupos de pacientes bipolares casados: un grupo recibió tratamiento con litio más terapia de pareja, otro fue tratado exclusivamente con litio y el tercero estuvo formado por los pacientes bipolares que fueron remitidos a otros centros. Diez años después, el primer grupo de pacientes obtuvo mucho mejores resultados que el resto, con menos recaídas y una mejor adaptación social y familiar. Aunque no se ha probado su eficacia, algunos autores abogan por la utilización de la psicoterapia de orientación psicoanalítica para mejorar la adaptación interepisódica y disminuir la frecuencia de episodios futuros (Kahn, 1993).

TERAPIA DE GRUPO

Desde siempre, los pacientes bipolares habían sido considerados como inadecuados para participar en grupos terapéuticos, siendo definidos como "una de las peores calamidades que le pueden suceder a una terapia de grupo" (Yalom, 1995). Afortunadamente, en los últimos diez o quince años, y gracias a iniciativas como la de la National Depressive and Manic-Depressive Association de los E.E.U.U., existe una tendencia creciente a formar grupos de pacientes bipolares como una de las formas de incrementar el cumplimiento farmacológico, de informar sobre la enfermedad, de desestigmatizar y de solucionar los problemas que conlleva la enfermedad bipolar; estos grupos se basan en una orientación psicoeducativa.

Especial mención merece el estudio de Shakir y cols. (1979), que utilizó la terapia de grupo como complemento del tratamiento con litio. Al igual que en los estudios de Davenport y cols. (1977), se combinó la atención al cumplimiento de prescripciones y la terapia interpersonal centrada en el "aquí y ahora" (Yalom, 1995). Al cabo de dos años de seguimiento, la evolución de los pacientes en terapia de grupo había mejorado en gran medida. Este estudio fue completado por Volkmar y cols. (1981), que encontraron una clara disminución de la tasa de hospitalización en los pacientes tratados con terapia de grupo más litio. También se observó un mejor cumplimiento del tratamiento con litio, lo que fue atribuido a la interacción entre el efecto directo del grupo y un seguimiento más estrecho.

Con el paso del tiempo se observó una tendencia hacia modelos de terapia de grupo más directivos. Así, por ejemplo, Kripke y Robinson (1985) basaron su terapia de grupo en estrategias de solución de problemas y controlaron los niveles plasmáticos de litio para garantizar el cumplimiento farmacológico. La tasa de recaídas y la adaptación social mejoraron.

En 1986, Foelker y cols. diseñaron el primer programa psicoterapéutico para pacientes bipolares ancianos integrando los abordajes terapéuticos tradicionales y la psicoeducación, la determinación de niveles de litio y el manejo de casos. Es especialmente interesante la inclusión en la terapia de grupo de los efectos de la enfermedad en la adaptación social y los aspectos interpersonales de su afrontamiento (Wulsin y cols., 1988). Otros autores (Pollack, 1995) sugieren iniciar la terapia de grupo durante la hospitalización, incluso durante la fase aguda. El grupo también ofrece una atmósfera se-

gura y controlada, que podría funcionar como amortiguador durante los períodos estresantes (Spitz, 1988). Asimismo, la terapia de grupo permite desafiar de forma efectiva los mecanismos de negación (Graves, 1993). Aunque todavía no disponemos de evidencias científicas (APA, 1994), creemos que la combinación de la terapia de grupo y el abordaje psicoeducativo es la mejor estrategia para que el paciente maneje adecuadamente la enfermedad y sus consecuencias, mejore su adaptación social e interpersonal y obtenga el máximo beneficio de cada intervención. Para alcanzar estos resultados, uno de los objetivos fundamentales de la terapia de grupo debería ser el cumplimiento de las prescripciones farmacológicas (Paykel, 1995; Colom y cols., 1998). Recientemente, Bauer y McBride (1996) han presentado su "Programa de objetivos vitales" para pacientes bipolares, una psicoterapia de grupo estructurada, expresamente diseñada para la enfermedad maníaco-depresiva, que ha demostrado ser capaz de disminuir la utilización de los servicios de urgencias y de los gastos que ésta conlleva (Bauer, 1997). Su programa consiste en dos fases; una básicamente psicoeducativa y otra enfocada a elaborar pasos realistas para alcanzar objetivos significativos para el sujeto.

PSICOEDUCACIÓN

La psicoeducación se basa esencialmente en el modelo médico biopsicosocial de los trastornos mentales; proporciona al paciente una base teórica y práctica para la comprensión y el afrontamiento de las consecuencias de la enfermedad y le permite colaborar de forma activa con el médico en algunos aspectos de su tratamiento. Su aplicación en enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, el asma o la hipertensión, ha demostrado ser eficaz para reducir la intensidad, la frecuencia y el impacto de cada nueva crisis, mejorando significativamente la calidad de vida del paciente (Burish y Broadley, 1983) y de su familia (Jacobs, 1993). Por otra parte, requiere un nivel menor de pericia psicológica que otros abordajes y, por tanto, es más barata y más sencilla de evaluar. Solamente requiere un conocimiento exhaustivo de la enfermedad, de su tratamiento, empatía y habilidades de comunicación. Desde nuestro punto de vista, posee la peculiar virtud, aplicada a trastornos bipolares, de definir la enfermedad bipolar como una alteración biológica y de centrar el tratamiento en medidas farmacológicas que, hasta el momento, son las más eficaces. La Tabla 1 muestra los objetivos básicos que debería incluir cada grupo psicoeducativo para el trastorno bipolar (Vieta y cols., 1996). Brevemente, los principales objetivos de la psicoeducación son la mejoría de las habilidades para el control de la enfermedad, la detección de nuevos episodios y el desarrollo de estrategias para el afrontamiento efectivo de los síntomas, y la mejoría de la actividad social y laboral, y de la calidad de vida.

Aunque las estrategias psicoeducativas han sido utilizadas por muchos clínicos durante décadas, los primeros estudios sobre su eficacia no aparecieron hasta hace pocos años. Anteriormente, algunos estudios (Frank y cols., 1985; Maarbjerg y cols., 1988) habían intentado evaluar los motivos del incumplimiento de las pautas farmacológicas.

Tabla 1. Objetivos del tratamiento psicoeducativo para pacientes bipolares

Grupos psicoeducativos: objetivos principales
I. Conciencia de enfermedad.
II. Detección precoz de los síntomas prodrómicos.
III. Cumplimiento del tratamiento.
Grupos psicoeducativos: objetivos secundarios
I. Control del estrés.
II. Evitar el abuso de sustancias.
III. Lograr regularidad en el estilo de vida.
IV. Prevenir la conducta suicida.
Grupos psicoeducativos: objetivos terciarios.
I. Incrementar el conocimiento y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros.
II. Mejorar la actividad social e interpersonal entre episodios.
III. Afrontamiento de los síntomas residuales subsindrómicos y del deterioro.
IV. Incrementar el bienestar y mejorar la calidad de vida.

La mayoría de los motivos tenían más que ver con prejuicios, miedos irracionales y desconocimiento que con los efectos secundarios. Posteriores estudios han confirmado estos hallazgos (Colom y cols., 2000). Estos interesantes resultados señalaron la necesidad de complementar el tratamiento farmacológico con la psicoeducación (Jamison, 1987; Goodwin y Jamison, 1990). Además de incrementar el cumplimiento, la psicoeducación se centra en la detección precoz de los síntomas de recaída como la hiperactividad y la reducción de la necesidad de dormir (Molnar y cols., 1988), lo que minimiza el riesgo de hospitalización mediante modificaciones del régimen terapéutico. Como muestra la tabla 1, otro de los principales objetivos de la psicoeducación es la prevención de la conducta suicida (Vieta y cols., 1997).

Los estudios de Peet y Harvey (Harvey y Peet, 1991; Peet y Harvey, 1991) fueron los primeros en evaluar la eficacia de la psicoeducación. Se formaron dos grupos de 30 pacientes bipolares; al primer grupo se le proyectó un vídeo de doce minutos que proporcionaba información sobre el litio y se les entregó una transcripción del texto. El segundo grupo actuó de grupo control y recibió un tratamiento estándar. Las actitudes de los pacientes hacia el litio y sus conocimientos sobre el tratamiento mejoraron significativamente en el primer grupo.

Van Gent y Zwart (1991) compararon 14 pacientes bipolares que recibieron cinco sesiones psicoeducativas en grupo con otros doce pacientes que actuaron como grupo control. Aunque el primer grupo mostró un mejor conocimiento de la enfermedad, de la medicación y mejores habilidades sociales, no se observó ningún efecto sobre el cumplimiento terapéutico. En posteriores estudios, el mismo grupo de investigación encontró una disminución significativa del incumplimiento y de las hospitalizaciones (Van Gent, 2000).

Nuestro equipo llevó a cabo una experiencia piloto con un grupo de diez mujeres bipolares jóvenes que fueron seguidas dos años, durante los que recibieron una sesión psicoeducativa mensual en grupo sobre la enfermedad y su tratamiento (Vieta y Colom, 1997). Después dos años, estas pacientes habían mejorado significativamente en cuanto a la información sobre la enfermedad en comparación con el grupo de control, que recibió exclusivamente tratamiento farmacológico. El nivel de información fue evaluado mediante un cuestionario sencillo de 10 ítems sobre la enfermedad bipolar (disponible a petición). No se observaron diferencias significativas en cuanto a las tasas de recaída o al cumplimiento. Cuando se excluyó a los pacientes con trastornos de la personalidad comórbidos, las diferencias casi alcanzaron la significación estadística ($p < 0,1$). Es decir, se observó una menor tasa de recaídas y un mayor cumplimiento en las pacientes que habían recibido psicoeducación. Los resultados preliminares de la continuación de este estudio con muestras mayores (100 pacientes bipolares) muestran una disminución significativa de las recaídas (tanto de episodios maníacos como depresivos) y de las hospitalizaciones. Concretamente, el número de episodios es tres veces menor en los pacientes psicoeducados que en los pacientes tratados únicamente con medicación, el número de episodios depresivos y maníacos y el número de hospitalizaciones durante un año de seguimiento también disminuyó significativamente (Colom y cols., 2001). Figs. 1-4. El programa consiste en las 21 sesiones que muestra la Tabla 2.

Las estrategias psicoeducativas pueden ser las más adecuadas para los pacientes con trastornos del espectro bipolar. Akiskal (1994) las propone para los pacientes ciclotímicos, mientras que la terapia de apoyo sería el mejor abordaje para los distímicos.

Figura. 1. Media de episodios durante los 6 y 12 meses de seguimiento.

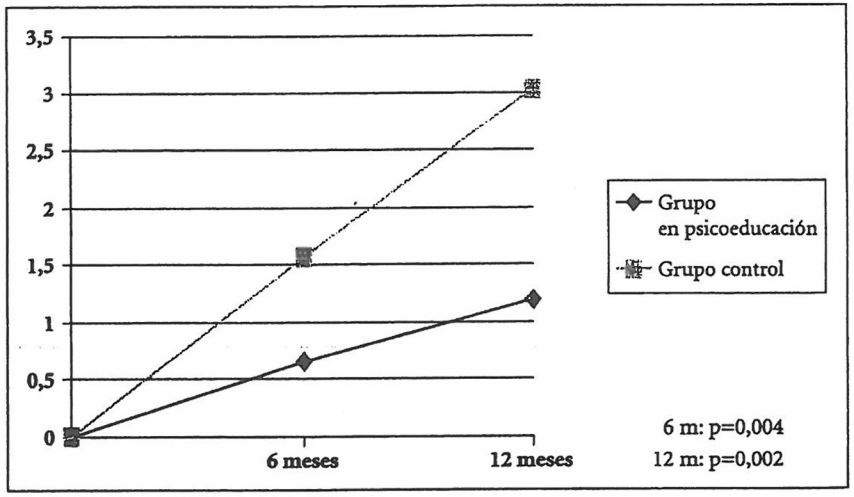


Figura 2. Media de episodios depresivos durante los 6 y 12 meses de seguimiento.

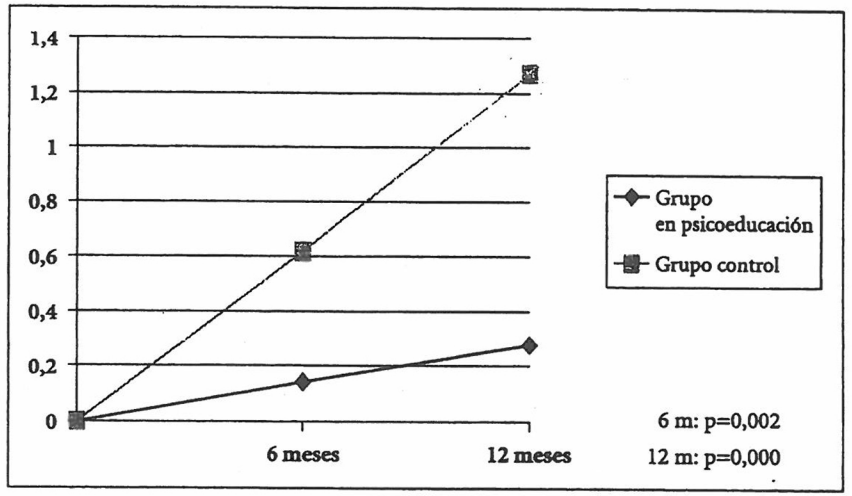
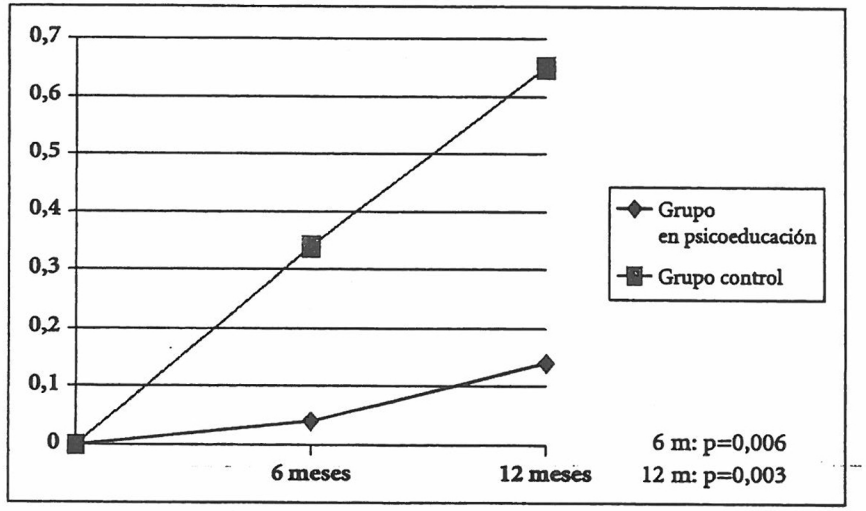


Figura 3. Media de episodios maníacos durante los 6 y 12 meses de seguimiento.



La intervención individual para enseñar a los pacientes a identificar los síntomas precoces de recaída ha demostrado ser sumamente eficaz para la prevención de nuevos episodios y la mejoría de la actividad social (Perris y cols., 1999).

Figura 4. Media de hospitalizaciones durante los 6 y 12 meses de seguimiento.

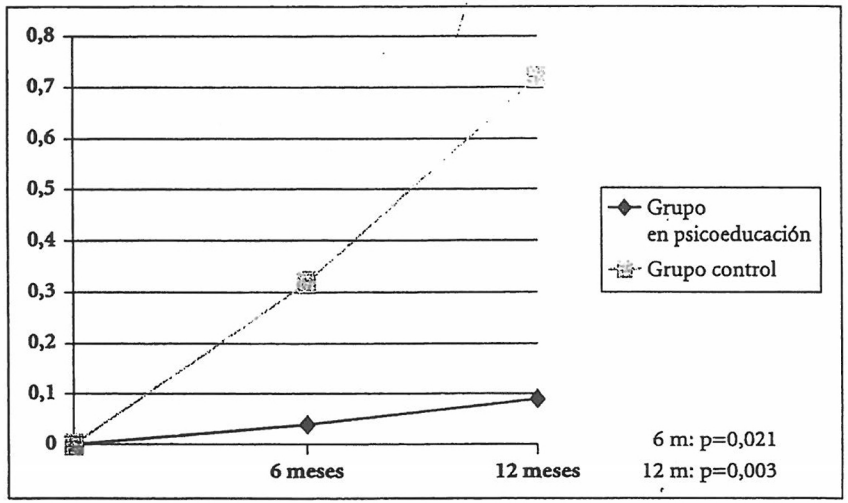


Tabla 2. Sesiones del Programa psicoeducativo para el trastorno bipolar de Barcelona

1. Introducción
2. ¿Qué es la enfermedad bipolar?
3. Factores etiológicos y desencadenantes
4. Síntomas (I): Manía e hipomanía
5. Síntomas (II): Depresión y episodios mixtos
6. Curso y pronóstico
7. Tratamiento (I): estabilizadores del estado de ánimo
8. Tratamiento (II): antimaníacos
9. Tratamiento (III): antidepresivos
10. Niveles plasmáticos: litio, carbamacepina y valproato
11. Embarazo y consejo genético
12. Psicofarmacología vs. terapias alternativas
13. Riesgos asociados al abandono del tratamiento
14. Sustancias psicoactivas: riesgos en la enfermedad bipolar
15. Detección precoz de los episodios maníacos e hipomaníacos
16. Detección precoz de los episodios depresivos y mixtos
17. ¿Qué hacer cuando se detecta una nueva fase?
18. Regularidad
19. Técnicas para el control del estrés
20. Estrategias de solución de problemas
21. Sesión final

Dado que los grupos psicoeducativos permiten una evaluación objetiva de los resultados, los beneficios terapéuticos que se describen son mucho menos espectaculares que con otros abordajes. Son necesarios estudios prospectivos, con muestras más amplias y seguimientos más prolongados, específicos para cada subtipo (separando, por ejemplo, a los pacientes psicóticos de los no psicóticos, bipolares tipo I de bipolares tipo II, con y sin trastornos por abuso de sustancias, episodios únicos de múltiples episodios, etc.), que permitan definir los beneficios objetivos y subjetivos de la psicoeducación.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Los estudios sobre la utilización de la terapia cognitiva en pacientes bipolares son escasos. La mayor parte de ellos apoyan su influencia en el aumento del cumplimiento de prescripciones farmacológicas (Cochran, 1984), pero, además, también podría ser útil para el tratamiento de la disforia postepisódica, en la que el paciente puede sentirse culpable sobre lo que hizo durante la fase maníaca y lo que dejó de hacer durante la fase depresiva (Jacobs, 1982).

El grupo de Beck (Leahy y Beck, 1988) defiende la utilización de las técnicas cognitivas clásicas (por ejemplo, el análisis de errores cognitivos en el procesamiento de la información o el análisis de consecuencias conductuales de acciones específicas) para tratar la depresión y la hipomanía. En realidad, los cambios cognitivos que se producen durante los episodios hipomaníacos han sido descritos como sensibles a las estrategias cognitivo-conductuales (Colom y cols., en prensa). El trabajo de Basco y Rush (1996) incorpora elementos de la terapia cognitivo-conductual y de la psicoeducación para intentar incrementar el cumplimiento de la prescripción de litio así como para ayudar a los pacientes a reconocer los patrones disfuncionales de procesamiento de la información a fin de prevenir las recaídas. Aunque estos autores utilizan técnicas cognitivo-conductuales clásicas como el autorregistro de síntomas y las estrategias de solución de problemas y de afrontamiento, su abordaje se solapa considerablemente con la psicoeducación y podría ser considerada un subtipo de ella de orientación conductual.

Post y cols. (1988), con una orientación más conductual, utilizan registros para mejorar la identificación de los factores recurrentes y relacionados con el estrés que poseen un significado especial para el paciente, y que suelen aparecer en masa con cada nuevo episodio. Dado que los acontecimientos estresantes pueden precipitar los episodios de la enfermedad bipolar (Hammen y Gitlin, 1997), el autocontrol del estrés podría ser un instrumento profiláctico de gran utilidad. La jerarquización de los estresores potenciales permite la utilización de técnicas como la desensibilización sistemática. La terapia de conducta puede ser útil para los pacientes moderadamente deprimidos o distímicos, o para aquellos que sufren una disforia postmaníaca, que suele conllevar abulia y reducción de la actividad; en estos casos, el tratamiento farmacológico antidepresivo puede ser contraproducente porque existe el riesgo de inducir un viraje hacia

la manía o la ciclación rápida (Wehr, 1993). Las técnicas de autocontrol, de inoculación del estrés, de exposición y de afrontamiento podrían ser útiles para el tratamiento de problemas específicos derivados de la enfermedad. Estudios recientes informan de la eficacia del abordaje cognitivo-conductual como tratamiento complementario para los pacientes con ciclación rápida (Satterfield, 1999).

TERAPIA INTERPERSONAL

Los resultados de la terapia interpersonal, un abordaje desarrollado por Gerald Klerman y su equipo (Klerman y cols., 1984), permiten una evaluación tan sencilla y fiable como la de los resultados del tratamiento farmacológico. Es un tipo de terapia de tiempo limitado que se centra en los problemas psicosociales e interpersonales. Integra algunos conceptos psicoanalíticos, cognitivos y conductuales. No pretende la reconstrucción de la personalidad, al menos durante el estado sintomático; esta técnica hace hincapie en la reafirmación, la clarificación de los estados emocionales, la mejoría de la comunicación interpersonal, la objetivación de las percepciones y el desempeño adecuado en las situaciones interpersonales (Klerman, 1988). Diseñada inicialmente para el tratamiento de la depresión –fundamentalmente para identificar los precipitantes de la enfermedad– su aplicación ha sido ampliada a otros trastornos. Posteriormente, el grupo de Pittsburgh (Frank y cols., 1990) desarrolló la terapia interpersonal de mantenimiento para mejorar la prevención de recaídas de los pacientes recuperados. Su eficacia para el tratamiento de la depresión ya ha sido demostrada (Frank y cols., 1991), pero no ha sido así para el trastorno bipolar. El grupo de Pittsburgh trabaja actualmente sobre esta cuestión mediante la introducción de varios cambios específicos (Ehlers y cols., 1988; Frank y cols., 1994). El estudio clásico de Frank y cols. (1990) fue el primero en demostrar que una intervención psicológica era más eficaz que el placebo en el tratamiento de pacientes con una depresión unipolar recurrente. Sin embargo, los resultados de la combinación de la psicoterapia interpersonal y los fármacos antidepresivos no fueron mejores que el tratamiento farmacológico (Kupfer y cols., 1992).

Los últimos avances en terapia interpersonal aplicada a pacientes bipolares (Frank y cols., 1994) tienden a integrar los abordajes cronobiológico e interpersonal, obteniendo un modelo que podría ser útil tanto durante los episodios agudos como para la prevención de recaídas. Este tratamiento es una combinación de técnicas interpersonales y cognitivo-conductuales. Las técnicas interpersonales clásicas como la evocación del afecto y los análisis de relaciones y de la comunicación se utilizan para resolver las reacciones de pesar y las discusiones interpersonales, para mejorar los déficits interpersonales y para negociar los cambios de rol. Las técnicas conductuales como los autorregistros, el establecimiento de objetivos, la asignación gradual de tareas y la reestructuración cognitiva se utilizan para regular el estilo de vida y estabilizar los ritmos sociales. El énfasis en los factores cronobiológicos se debe a la abundancia de estudios sobre su papel en la recaída, básicamente mediante la reducción del sueño (Wehr y cols., 1987).

Recientemente, se ha informado que la terapia de ritmo social, una intervención que combina los principios básicos de la psicoterapia interpersonal y las técnicas conductuales para ayudar a los pacientes a regularizar sus rutinas cotidianas, a disminuir los problemas interpersonales y a adherirse a los regímenes de medicación, es eficaz para el tratamiento de algunos aspectos de la enfermedad bipolar (Frank y cols., 2000).

CONCLUSIONES

¿Podemos decir que la psicoterapia del trastorno bipolar ha alcanzado la eutimia? ¿Nos encontramos en una fase mixta en la que la hipercinesia y el entusiasmo se combinan con graves deficiencias metodológicas? ¿Cuál es el papel definitivo de la psicoterapia en el tratamiento del trastorno bipolar? La carencia de ensayos clínicos controlados con una definición clara de objetivos y una evaluación de resultados a ciegas, hace que sea difícil responder a estas preguntas. En los estudios que se han revisado es habitual encontrar las deficiencias metodológicas anteriormente mencionadas. Existen pocos estudios con resultados negativos, lo que no deja de ser, cuando menos, sospechoso. En cualquier caso, la utilidad de la psicoterapia parece incuestionable cuando tratamos con las consecuencias psicosociales de la enfermedad como la actividad social y laboral, las relaciones familiares y el bienestar. En cuanto al incremento del cumplimiento de prescripciones farmacológicas, los resultados son menos concluyentes incluso con técnicas expresamente diseñadas para tal objetivo. Respecto a la prevención de recaídas, los estudios que informan de mejorías refieren, a pesar de las limitaciones metodológicas, que ésta se obtiene a partir del incremento del cumplimiento con la medicación. Por tanto, no podemos asumir que la psicoterapia agregaría, por sí sola, algún beneficio especial a la medicación.

Dadas estas conclusiones, parece obvio que existe una necesidad urgente de estudios rigurosos sobre estos temas. Es probable que la psicoeducación sea el modelo teórico más consistente, al centrarse en el incremento del cumplimiento de prescripciones farmacológicas sin descuidar el impacto psicosocial de la enfermedad. La psicoeducación debería demostrar su utilidad para la reducción de las hospitalizaciones, las recurrencias, la cronicidad y el suicidio, tal como lo hace la medicación. Por otra parte, dado que muchos pacientes sufren un deterioro socioeconómico, psicosocial y clínico a pesar de la profilaxis del litio y la ausencia de síntomas durante años (Fava, 1996), la psicoeducación también debería abordar la mejoría de la adaptación psicosocial, del bienestar y de la calidad de vida (Ryff y Singer, 1996; Thunedborg y cols., 1995). La psicoeducación personal y familiar (Reinares y cols., en prensa) puede añadirse a las técnicas cognitivo-conductuales para tratar las alteraciones leves como la hipotimia crónica, la apatía, etc., que no pueden ser tratadas farmacológicamente sin un elevado riesgo de que se produzcan episodios inducidos por los fármacos. También puede actuar sobre las funciones cronobiológicas y el control del estrés de forma similar a la psicoterapia interpersonal. Es muy probable que la terapia de grupo basada en este modelo obtenga resultados similares a los de la psicoterapia interpersonal in-

dividual, tal y como sugieren Bauer y McBride (1996). Los programas estructurados de orientación psicoeducativa deberían ser desarrollados y evaluados a fin de alcanzar una base científica útil para las terapias psicológicas del trastorno bipolar. En todos los casos está absolutamente claro que tanto los pacientes como sus familias necesitan un mejor apoyo e información sobre la enfermedad, sus causas, su tratamiento y su pronóstico. Esta es la razón por la que los programas de autoayuda reciben cada vez una mayor atención (Vieta y Colom, 1997).

La psicoterapia todavía está ciclando. Todos sabemos qué necesita para conseguir la estabilidad; una sólida autoestima, regularidad, una mejor capacidad de introspección y, sobre todo, unos procedimientos y una práctica sumamente estructurados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abraham K. Notes on the psycho-analytical investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions (1911). In: Selected papers of Karl Abraham, MD. Translated by D Bryan and A Strachey. London: Hogarth Press, 1927, pp 137-156.
2. Akiskal HS. Dysthymic and cyclothymic depressions: therapeutic considerations. J Clin Psychiatry 1994; 55 (Suppl):46-52.
3. Akiskal HS. The Prevalent Clinical Spectrum of Bipolar Disorders: Beyond DSM-IV. J Clin Psychopharmacol 1996; 16 (Suppl1):4-14.
4. American Psychiatric Association. Work Group on Bipolar Disorder: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder. Am J Psychiatry 1994; 151 (Suppl).
5. Basco MR, Rush AJ. Cognitive behavioral treatment of manic-depressive disorder. New York, Guilford Press, 1996.
6. Bauer MS, McBride L. Structured group psychotherapy for bipolar disorder. The Life Goals Program. New York, Springer Publishing Company 1996.
7. Bauer MS. An easy access program for bipolar disorder. Syllabus and Proceedings Summary of the 150th Annual Meeting of the American Psychiatric Association 1997; 59.
8. Burish T, Boadley LA. Coping with chronic diseases. New York, Academic Press Inc, 1983.
9. Cochran SD. Preventing medical noncompliance in outpatient treatment of bipolar disorders. J Consult Clin Psychol 1984; 52:873-878.
10. Colom F, Barrantes N, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Vieta E. A cognitive model for hypomania: the path between neurobiology and behavior. Psychiatry Networks, en prensa.
11. Colom F, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Corbella B, Vieta E. «Psychoeducation and prevention of relapse in bipolar disorders: preliminary results". Poster at the Fourth International Conference on Bipolar Disorder, Pittsburgh, USA, Junio 2001.
12. Colom F, Vieta E, Martínez A, Jorquera A, Gastó C. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder?. Psychother Psychosom 1998; 67:3-9.
13. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Gastó C. Clinical factors associated to treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. J Clin Psychiatry 2000; 61:549-554.
14. Davenport YB, Ebert MH, Adland ML, Goodwin FH: Couples group therapy as an adjunct to lithium maintenance of the manic patient. Am J Orthopsychiatry 1977; 47:495-502.

15. Ehlers CL, Frank E, Kupfer DJ. Social zeitgebers and biological rhythms: a unified approach to understanding the etiology of depression. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:948-952.
16. Ey H, Bernard P, Brisset CH. Tratado de Psiquiatría. Barcelona, Toray-Masson 1978.
17. Fava GA. The concept of recovery in bipolar disorders. Psychother Psychosom 1996; 65:2-13.
18. Foelker GA, Molinari V, Marmion JJ, Chacko RC. Lithium groups and elderly bipolar outpatients. Clin Gerontol 1986; 5:297-307.
19. Frank E, Kupfer DJ, Ehlers CL, Monk TH, Cornes C, Carter S, Frankel D. Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder: Integrating interpersonal and behavioral approaches. Behav Ther 1994; 17:153-156.
20. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarret DB, Mallinger AG, Thase ME, McEachran AB, Grochocinski VJ. Three-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 1990; 47:1093-1099.
21. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEachran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: contributing factors. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:1053-1059.
22. Frank E, Prien RF, Kupfer DJ, Alberts L. Implications of non-compliance on research in affective disorders. Psychopharmacol Bull 1985; 21:37-42.
23. Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. Interpersonal and social rythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. Biol Psychiatry 2000; 48:593-604.
24. Fromm-Reichmann F. Intensive psychotherapy of manic-depressives: A preliminary report. Confina Neurologica 1949; 9:158-165.
25. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness. New York, Oxford University Press, 1990.
26. Graves JS. Living with mania: a study of outpatient group psychotherapy for bipolar patients. Am J Psychother 1993; 47:113-126.
27. Hammen C, Gitlin M. Stress reactivity in bipolar patients and its relation to prior history of disorder. Am J Psychiatry 1997; 154:856-857.
28. Harvey NS, Peet M. Lithium maintenance: Effects of personality and attitude on health information acquisition and compliance. Br J Psychiatry 1991; 158:200-204.
29. Jacobs J. Family therapy in the context of chronic medical illness. In: Stoudemire A, Fogel BS (Eds.). Psychiatric care of the medical patient. New York, Oxford University Press, 1993.
30. Jacobs LI. Cognitive therapy of postmanic and postdepressive dysphoria in bipolar illness. Am J Psychother 1982; 36:450-458.
31. Jamison KR. Psychotherapeutic Issues and Suicide Prevention in the treatment of Bipolar Disorders. Psychiatry Update 1987; 6:108-124.
32. Kafantaris V. Treatment of bipolar disorder in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:732-741.
33. Kahn DA. The use of psychodynamic psychotherapy in manic-depressive illness. J Am Acad Psychoanal 1993; 21:441-455.
34. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal psychotherapy of depression. New York, Basic Books, 1984.
35. Klerman GL. Principles of Interpersonal Psychotherapy for Depression. In: Georgotas A, Cancro R (Eds.). New York, Elsevier, 1988.
36. Kripke DF, Robinson D. Ten years with a lithium group. Mc Lean Hosp J 1985; 10:1-11.

37. Kupfer DJ, Frank E, Perel JM, Cornes C, Mallinger AG, Thase ME, McEachran AB, Grochocinski VJ. Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 1992; 49:769-773.
38. Leahy RL, Beck AT. Cognitive therapy of depression and mania. In: Gorgotas A, Cancro R (Eds.): Depression and mania. New York, Elsevier, 1988.
39. Maarbjerg K, Aagaard J, Vestergaard P. Adherence to lithium prophylaxis: I. Clinical predictors and patient's reasons for non-adherence. Pharmacopsychiatry 1988; 21:121-125.
40. Molnar GJ, Feeney MG, Fava GA. Duration and symptoms of bipolar prodromes. Am J Psychiatry 1988; 145:1576-1578.
41. Paykel ES. Psychotherapy, medication combinations, and compliance. J Clin Psychiatry 1995; 56 (Suppl):24-30.
42. Peet M, Harvey NS. Lithium maintenance: I. A standard education program for patients. Br J Psychiatry 1991; 158:197-200.
43. Perry A, Tarrier N, Morris R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symtoms of relapse and obtain treatment. BMJ 1999; 318:149-153.
44. Pollack LE. Treatment of inpatients with bipolar disorders: a role for self-management groups. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1995; 33:11-16.
45. Post RM, Roy-Byrne PP, Uhde TW. Graphic representation of the life course of illness in patients with affective disorder. Am J Psychiatry 1988; 145:844-848.
46. Reinares M, Colom F, Martínez-Arán A, Benabarre A, Vieta E. Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. Psychother Psychosom, in press.
47. Risch N, Botstein D. A manic depressive history. Nat Genet 1996; 12:351-3
48. Rosenfeld H. Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of depressive and manic-depressive patients. In H Azima, BC Glueck, eds. Psychiatry Res Report 17. Washington DC: The American Psychiatric Association 1963, pp 73-83.
49. Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. Psychother Psychosom 1996; 65:14-23.
50. Satterfield JM. Adjunctive cognitive-behavioral therapy for rapid-cycling bipolar disorder: an empirical case study. Psychiatry 1999; 62:357-369.
51. Shakir SA, Volkmar FR, Bacon S, Pfefferbaum A. Group psychotherapy as an adjunct to lithium maintenance. Am J Psychiatry 1979; 136:455-456.
52. Spitz HI. Principles of Group and Family Therapy for Depression and Mania. In: Georgotas A, Cancro R (eds.). Depression and Mania. New York, Elsevier, 1988.
53. Thunedborg K, Black CH, Bech P. Beyond the Hamilton depression scores in long-term treatment of manic-melancholic patients: Prediction of recurrence of depression by quality of life measurements. Psychother Psychosom 1995; 64:131-140.
54. Van Gent EM, Zwart FM. Psychoeducation of partners of bipolar manic patients. J Affect Disord 1991; 21:15-18.
55. Van Gent EM. Follow-up study of 3 years group therapy with lithium treatment. Encephale 2000; 26:76-79.
56. Vieta E, Benabarre A, Gastó C, Nieto E, Colom F, Otero A, Vallejo J. Suicidal behavior in bipolar I and bipolar II disorder. J Nerv Ment Dis 1997; 185:407-409.
57. Vieta E, Colom F, Martínez A, Jorquera A, Gastó C. Utilidad de la psicoeducación en el abordaje de los trastornos bipolares. Rev Psiquiatr Fac Med Barna 1996; 23:82-93.

58. Vieta E, Colom F. Psicoeducación en los trastornos bipolares. En: Vieta E, Gastó C (eds.). Trastornos bipolares. Barcelona, Springer-Verlag, 1997:432-444.
59. Volkmar FR, Bacon S, Shakir SA, Pfefferbaum A. Group Therapy in the Management of Manic-Depressive Illness. Am J Psychother 1981; 35:226-234.
60. Wehr TA, Sack DA, Rosenthal NE. Sleep reduction as a final common pathway in the genesis of mania. Am J Psychiatry 1987; 144:210-214.
61. Wehr TA. Can antidepressants induce rapid cycling?. Arch Gen Psychiatry 1993; 50:495-496.
62. Wulsin L, Bachop M, Hoffman D. Group Therapy in Manic-Depressive Illness. Am J Psychother 1988; 42:263-271.
63. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. New York, Basic Books, 1995.
64. Zaretsky AE, Segal ZV. Psychosocial Interventions in Bipolar Disorder. Depression 1995; 2:179-188.

Miklowitz, D (2004)
"El trastorno bipolar.
Una guía práctica para
familias y pacientes"
Paidos, Barcelona

8

¿Cómo se puede controlar el trastorno?
Métodos prácticos para mantener el bienestar

Amy, de 33 años de edad, llevaba seis años afectada de trastorno bipolar. Tres años después de que se le diagnosticara empezó a experimentar una serie de ciclos rápidos que parecían estar provocados, al menos en parte, por una sucesión de rupturas y reconciliaciones con su novio. Cuando de repente tuvo que trasladarse a vivir a otro Estado a causa de su trabajo, estos ciclos rápidos se intensificaron. En su nuevo destino consiguió trabajar a media jornada y buscó tratamiento psiquiátrico para su trastorno. Su psiquiatra le dio una combinación de litio y Depakote que la ayudó a moderar los ciclos, pero seguía experimentando unos altibajos muy desagradables y molestos. La calidad de su sueño variaba mucho de una noche a otra.

Su psiquiatra le propuso que complementara el tratamiento farmacológico con sesiones de psicoterapia con un psicólogo que colaboraba con él. El psicólogo la animó a llevar un registro diario en el que consignar su estado de ánimo, las horas de sueño, la medicación y cualquier suceso que encontrara estresante, fuera positivo o negativo. Al principio, realizar esta tarea le parecía un fastidio. Le dijo a su psicoterapeuta que exigía demasiado tiempo y que no le gustaba tener que recordar con tanta frecuencia su enfermedad. El psicoterapeuta reconoció que esta tarea causaba ciertas molestias pero le recordó que llevar un registro del estado de ánimo era un primer paso hacia el objetivo de controlarlo mejor. Después de hablar del tema largo y tendido, Amy accedió únicamente a probarlo, sin comprometerse a más.

Amy y su psicoterapeuta empezaron a examinar los registros en sus encuentros semanales. Durante un período de varios meses pudieron identificar ciertos patrones de conducta asociados a los cambios del estado de ánimo de Amy. Por ejemplo, Amy pudo ver que sus episodios mixtos so-

lían empezar tras algún tipo de desprecio por parte de su novio (como humillarla o no hacerle caso delante de otras personas). En lugar de echarle en cara directamente esta desconsideración, Amy solía salir a beber con sus amigas la misma noche o la noche siguiente. Esto hacía que durmiera mal y que se sintiera angustiada e irritable. Por otro lado, su estado de ánimo solía estabilizarse en cuanto restablecía un horario regular para acostarse y levantarse.

Preguntó a sus amigas si les sentaría mal que saliera con ellas pero sin beber y nadie puso ningún reparo. Aunque no dejó de beber del todo, Amy vio que limitar la ingesta de alcohol la ayudaba a dormir mejor, lo que a su vez hacía que se sintiera menos irritable, angustiada y deprimida al día siguiente. Dejó claro a su psicoterapeuta que no tenía ninguna intención de abandonar su «cara fea». Pero, con el tiempo, ha ido adoptando este estilo de vida al observar sus efectos positivos en la estabilidad de su estado de ánimo.

¿Qué puede hacer una persona afectada de trastorno bipolar para ampliar al máximo los períodos de bienestar y reducir los períodos malos? Muchas personas que sufren este trastorno pasan largos períodos de tiempo sin tener ningún síntoma importante, pero prácticamente todas sufren alguna recidiva en un momento u otro. Según mi experiencia, las personas que se las arreglan mejor con el tiempo son las que, además de seguir el régimen de medicación y visitar periódicamente a su médico, también aplican con éxito una o más estrategias de autocontrol.

¿Qué significa controlar con éxito un trastorno bipolar? En el capítulo 5 hablamos de los factores de riesgo del trastorno bipolar (es decir, de las cosas que empeoran el trastorno). Pero también hay factores protectores o preventivos: cosas que permiten a la persona mantenerse bien cuando es vulnerable a los cambios del estado de ánimo. En los capítulos anteriores ya hemos visto algunos ejemplos de estos factores protectores como la constancia en el seguimiento de la medicación y la obtención de apoyo social.

En esencia, mantener el bienestar significa minimizar los factores de riesgo y maximizar los factores protectores (véase la tabla de la página siguiente). A veces, los factores de riesgo y los factores de protección simplemente son las dos caras de la misma moneda. Por ejemplo, la falta de sueño es un factor de riesgo, mientras que seguir un ritmo estable de sueño-vigilia es un factor protector. En otros casos,

Factores de riesgo y factores de protección en el trastorno bipolar

Factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir nuevos episodios

Factores de riesgo	*Ejemplos*
Cambios importantes en la vida	Pérdida del trabajo, finalizar o empezar una nueva relación, nacimiento de un hijo.
Abuso de alcohol u otras sustancias	Emborracharse, tomar cocaína, LSD o éxtasis, abusar de la marihuana.
Dormir poco	Cambiar de huso horario, empollar para un examen, cambios repentinos del ciclo sueño-vigilia.
Conflictos familiares o interpersonales en general	Críticas incesantes de los padres, el cónyuge o los compañeros; fuertes discusiones con familiares o compañeros de trabajo.
Inconstancia en la medicación	Dejar de repente el estabilizador del estado de ánimo; saltarse con frecuencia una o más dosis.

Factores de protección que ayudan a prevenir nuevos episodios

Factores de protección	*Ejemplos*
Observar y controlar el estado de ánimo y los disparadores de sus cambios	Llevar un registro diario del estado de ánimo o del ritmo social.
Mantener unas rutinas diurnas y nocturnas constantes	Acostarse y levantarse a la misma hora; seguir un horario social previsible.
Contar con apoyos familiares y sociales	Establecer una comunicación clara con los familiares; pedir ayuda a personas de confianza en caso de emergencia.
Seguir con constancia un tratamiento médico y psicosocial	Seguir con constancia un régimen de medicación, recibir psicoterapia, participar en grupos de apoyo.

la protección supone introducir un nuevo elemento en la vida diaria como llevar un registro de los cambios del estado de ánimo.

Sin duda, minimizar el riesgo y maximizar la protección mejorará el curso de la enfermedad y la calidad de vida. Pero hacerlo puede ser difícil. Puede exigir el abandono de cosas de las que la persona ha llegado a depender (como beber alcohol para relajarse, quedarse despierta hasta la madrugada). Y es muy probable que sea imposible evitar todos los factores de riesgo y aprovechar todos los factores protectores. Por ejemplo, algunas personas pueden seguir escrupulosamente el régimen de medicación y llegar a dejar el alcohol, pero les es imposible regular su patrón de sueño. Otras pueden seguir unas rutinas diurnas y nocturnas relativamente constantes, pero les cuesta reducir el estrés causado por conflictos familiares o interpersonales en general. Si la persona se conoce bien, puede decidir de una manera realista qué factores de riesgo puede y no puede evitar y qué estrategias de autocontrol puede aplicar en función de su actual estilo de vida.

En este capítulo presentaré varias estrategias prácticas de autocontrol que se pueden agrupar en cuatro categorías generales:

- Llevar un registro diario del estado de ánimo.
- Mantener unas rutinas habituales y unos patrones de sueño-vigilia regulares.
- Evitar el alcohol y otras sustancias que alteran el estado de ánimo.
- Desarrollar apoyos sociales y mantenerlos.

Las estrategias que presentaré serán más útiles cuando las personas afectadas se sientan bien o sólo experimenten unos cambios leves del estado de ánimo; además, también pueden ayudar a prevenir episodios graves. A lo largo del capítulo explicaré cómo han usado estas estrategias en su vida cotidiana varias personas que padecen trastorno bipolar y cómo han evitado algunas de las trampas asociadas a su aplicación. En los capítulos 9, 10 y 11 presentaré algunos métodos para impedir que un episodio maníaco, depresivo o suicida se acabe descontrolando.

Consejo nº 1 para mantener el bienestar: llevar un registro diario del estado de ánimo

Cuando una persona afectada ya lleva mucho tiempo viendo a un psiquiatra, es probable que conozca algún método para llevar un registro del estado de ánimo. Pero si acaba de sufrir el primer episodio, puede que el psiquiatra o el psicoterapeuta aún no le hayan explicado esta tarea. En el fondo, este registro es un simple diario en el que se anota el estado de ánimo y las fechas de inicio y final de los cambios que se experimentan. También puede incluir información sobre el patrón de sueño, la medicación y las situaciones estresantes de la vida.

¿Por qué es conveniente llevar un registro de los cambios del estado de ánimo? En primer lugar, el hecho de que una persona afectada pueda detectar hasta los cambios más sutiles de su estado de ánimo y de su nivel de actividad la ayudará a determinar si está sufriendo una recidiva y decidir si debe avisar al médico para estudiar la conveniencia de cambiar la medicación. Muchas personas con trastorno bipolar han sido capaces de «salir al paso» de sus episodios observando las fluctuaciones más ligeras en los registros de su estado de ánimo, que con frecuencia señalan el inicio de un episodio maníaco, mixto o depresivo mayor. ¡Una imagen vale más que mil palabras!

En segundo lugar, el registro será muy útil para el médico porque le permitirá ver si la medicación es eficaz o contraproducente (como cuando los antidepresivos provocan ciclos rápidos). El médico también puede considerar oportuno supervisar otros síntomas además de los maníacos o depresivos, como la ansiedad, las alteraciones del sueño o la irritabilidad.

En tercer lugar, la persona afectada puede usar los datos de este registro para identificar los disparadores del entorno que activan los cambios de su estado de ánimo, lo que a su vez puede ayudarle a aplicar estrategias de control del estrés para reducir el impacto de estos disparadores. Con tiempo y práctica, muchos de mis pacientes han llegado a identificar disparadores del estrés como el inicio del período menstrual, las discusiones con determinados familiares o las presiones del trabajo. Por ejemplo, gracias a este registro Amy acabó reconociendo que los problemas con su novio disparaban los ciclos de su estado de ánimo. También encontró que su estrategia habitual para afrontar estos problemas —salir a beber— hacía que se sintiera irri-

table durante varios días. Este conocimiento no hizo que dejara de beber por completo, pero hizo que sopesara los pros y los contras del alcohol como medio para afrontar sus emociones.

La hoja de registro de la página siguiente se usa en el NIMH Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (Sachs, 1993, 1998). Al final del libro se adjunta una versión en blanco de esta hoja por si el lector considera oportuno copiarla para su propio uso o para que la utilice algún familiar o conocido. También se puede descargar de www.manicdepressive.org. En esta misma página web también se ofrecen las instrucciones para rellenar la hoja de registro que se resumen a continuación. Cada hoja permite consignar el estado de ánimo durante un mes natural: si una persona ha empezado a rellenar una hoja a mediados de mes, deberá seguir con ella hasta mediados del mes siguiente y empezar entonces una hoja nueva. En otras palabras, el «día 1» no tiene que ser necesariamente el primer día del mes.

Las personas que usan este método lo encuentran muy práctico y sencillo aunque al principio parezca más complicado de lo que es en realidad. Una vez pasada la novedad, sólo hacen falta unos minutos cada día para rellenar los datos. Normalmente sugiero a mis clientes que lleven este registro indefinidamente, pero si alguno parece desalentarse ante esta perspectiva le propongo que lo pruebe durante un mes o dos para que vea si le puede ser útil.

De momento examinaremos la hoja de registro que Amy rellenó durante un mes en el que sufrió importantes fluctuaciones de su estado de ánimo. Las «X» indican su estado de ánimo en cualquier día dado. Obsérvese que algunos días hizo dos marcas, una para los estados maníacos y otra para los depresivos (para representar un episodio mixto).

Amy identificó algunos de los factores que contribuyeron a los cambios de su estado de ánimo, entre ellos una enfermedad que había sufrido su perro. Su estado de ánimo había permanecido relativamente estable (obsérvese la ausencia de «picos» entre la discusión con su padre y el disgusto con su novio), pero una noche se acostó tarde tras asistir a un concierto y empezó a sufrir un episodio hipomaníaco. Hacia el día 16 ya se había pasado siete noches seguidas durmiendo mal y había empezado a experimentar síntomas mixtos. Aunque su régimen de medicación no había cambiado durante este intervalo, Amy no lo había seguido durante los días 10 y 11. Al final, identificó cuatro cosas que podían guardar una relación con los cambios de su esta-

Hoja de registro del estado de ánimo de Amy

Nombre Amy

Registro del estado de ánimo — Años/mes *Agosto de 2000*

Anote dos puntuaciones cada día para indicar el mejor y el peor (si corresponde)

0 = normal
1 = leve
2 = moderado
3 = grave

TRATAMIENTOS (Anote el número de pastillas ingeridas cada día)

Litio 1.200 mg
Benzodiazepina ___ mg
Antiepiléptico Depakote 1.000 mg
Antidepresivo ____ mg
____ mg
Antipsicótico ____ mg

Día	Notas diarias	Discusión con papá	Psicoterapia	Litio 1.200 mg	Benzodiazepina ___ mg	Antiepiléptico Depakote 1.000 mg	Antidepresivo ____ mg	____ mg	Antipsicótico ____ mg	Irritabilidad	Ansiedad	Horas de sueño la noche pasada	Depresivo: Grave — Problemas importantes INCAPAZ DE TRABAJAR	Depresivo: Mod. — Problemas importantes CAPAZ DE TRABAJAR	Depresivo: Leve — Sin problemas importantes	DLN: ESTADO DE ÁNIMO NI ELEVADO NI BAJO SIN SÍNTOMAS — Rodear la fecha con un círculo para indicar la menstruación	Maníaco: Leve — Sin problemas importantes	Maníaco: Mod. — Problemas importantes CAPAZ DE TRABAJAR	Maníaco: Grave — Problemas importantes INCAPAZ DE TRABAJAR	Síntomas psicóticos, ideas extrañas, alucinaciones
1				4		4				1	1	7			X					
2				4		4				1	1	6			X					
3			✓	4		4				0	0	8				X				
4				4		4				0	0	6				X				
5				4		4				0	0	6				X				
6				4		4				0	0	6				X				
7				4		4				0	0	6				X				
8				4		4				0	0	6				X				
9	Novio desconsiderado			4		4				2	1	10			X					
10	Concierto hasta las 3 a. m.			2		2				0	1	5						X		
11				2		2				0	0	3						X		
12				4		4				1	0	6				X				
13	-			4		4				0	0	5				X				
14				4		4				0	0	6				X				
15			✓	4		4				0	0	6				X				
16	Perro enfermo, ingresa en clínica			4		4				2	2	4			X					
17				4		4				1	2	6			X					
18				4		4				1	2	6			X					
19				4		4				1	2	6			X					
20				4		4				1	2	6			X					
21	Perro sale de la clínica		✓	4		4				1	2	6			X					
22				4		4				1	0	7			X					
23				4		4				1	0	7			X					
24				4		4				1	0	7			X					
25				4		4				1	0	6			X					
26				4		4				1	0	6			X					
27				4		4				1	0	6			X					
28			✓	4		4				1	0	6			X					
29				4		4				0	0	6				X				
30	Boda de un amigo			4		4				0	0	6				X				
31	Me pasé el día cocinando			4		4				1	0	5				X				
	Peso: 57,5			4		1				1	0	5				X				

Nota: DLN = Dentro de los límites normales. Adaptado de Gary Sachs (Copyright 1993) con autorización.

do de ánimo durante este mes concreto: la enfermedad de su perro, los problemas con su novio, la falta de sueño y la inconstancia en la medicación.

No sabemos con seguridad si estas variables habrían influido en el estado de ánimo de Amy durante otro mes distinto. Ésta es una de las razones por las que es importante llevar un registro continuo: determinar si existe un conjunto predecible de «disparadores» de los cambios del estado de ánimo (como discusiones con familiares, exámenes finales, cambios de huso horario o un patrón dado de alteración del sueño). Como veremos en este capítulo y en los capítulos siguientes, identificar estos disparadores es un paso muy importante para que una persona afectada pueda controlar su estado de ánimo.

Paso 1: consignar cada día el estado de ánimo

El primer paso para aprender a rellenar esta hoja de registro es familiarizarse con una escala numérica que corresponde a distintos niveles de alteración del estado de ánimo. En el recuadro de las páginas 220 y 221 se ofrecen directrices para evaluar el estado de ánimo diario usando una escala que va de –3 (estado depresivo grave) a +3 (estado maníaco grave). También se ofrecen ejemplos de lo que piensan (y lo que dicen) las personas con trastorno bipolar cuando se encuentran en estos estados (véase también Young y otros, 1978). No es necesario que se apliquen todos los ejemplos o todas las etiquetas descriptivas del recuadro para marcar el número correspondiente de la escala. Lo mejor es intentar determinar qué categoría depresiva o maníaca describe mejor el estado de ánimo de la persona en un día dado.

Llevar un registro del estado de ánimo exige un poco de práctica. Puede que una persona tenga facilidad para juzgar si se encuentra en un estado maníaco o depresivo y para describir esta experiencia a otras personas. Por otro lado, puede que las etiquetas «maníaco» o «depresivo» no expresen totalmente lo que siente una persona determinada. En ese caso, es necesario que el paciente dedique un poco de tiempo a familiarizarse con la hoja de registro y con la escala numérica y que intente equiparar los términos usados en la hoja con su manera concreta de describir su estado de ánimo. Por ejemplo, «desanimado» puede significar lo mismo que *depresivo*; y «marchoso» puede significar lo mismo que *maníaco*.

Es útil que la persona practique para ver si puede aplicar uno de estos descriptores a su estado de ánimo usando la escala de –3 a +3. Si la persona no está segura de que su evaluación sea adecuada, hará bien en consultar a alguien que la conozca bien (quizá su cónyuge u otro familiar). Si cree que su estado de ánimo varía muchísimo durante el día, deberá calificar los dos extremos, el «mejor» y el «peor» (por ejemplo, puede estar en un –2 por la mañana y en un –1 o un 0 por la noche). Y si su estado de ánimo ha sido maníaco y depresivo durante el mismo día, deberá hacer dos evaluaciones, una para cada estado.

Para determinar el nivel, es recomendable que la persona intente pensar en los estados más depresivos y más maníacos que ha llegado a experimentar en su vida y que procure situarlos en la escala. Para algunas personas, su peor episodio puede haber sido un –1; para otras puede haber sido un –3. Y si el estado de ánimo nunca ha subido o bajado de un 2, es recomendable usar este nivel como referencia para determinar el estado de ánimo diario al rellenar la hoja.

La persona deberá comparar su nivel depresivo actual con un día típico o normal (la llamada «línea base», que refleja cómo se siente la mayor parte del tiempo y que estaría representada por el 0). Luego deberá comparar su estado de ánimo con el de otros días en los que se haya sentido triste o con poco ánimo, pero capaz de hacer algo (–1), luego con los días en los que se haya sentido muy decaída pero aún así haya podido hacer algo con grandes dificultades (–2) y, si corresponde, también con los días donde se haya sentido tan abatida que haya sido totalmente incapaz de hacer nada o de interaccionar con otras personas (–3). Estas comparaciones deben ayudarle a evaluar su estado de ánimo actual. Del mismo modo, la persona deberá intentar recordar los episodios más maníacos o hipomaníacos que haya vivido. Si ha sufrido alguna vez un estado maníaco tan intenso que ha tenido que ingresar en el hospital, la evaluación correspondiente a esa ocasión es +3. Si alguna vez ha llegado a un nivel no tan intenso pero que le dificultaba trabajar, la evaluación sería +2. Y si se ha sentido «lanzada» o «marchosa» pero sin que ello haya sido motivo de roces o problemas con otras personas ni le haya causado trastornos en el sueño, la evaluación sería +1 (episodio hipomaníaco). En otras pala-

Descriptores del estado de ánimo

(0) *Dentro de los límites normales.* Ésta es la llamada «línea base»: el estado de ánimo no es alto ni bajo, el nivel de energía es el normal en la persona, el patrón de sueño es el habitual y puede realizar su trabajo y otras tareas cotidianas con poca o ninguna dificultad. No presenta ningún otro síntoma evidente de su trastorno.

Estados maníacos

(+1) *Leve.* La persona se siente atolondrada, alegre y llena de energía o un poco más irritable, ansiosa o nerviosa que de costumbre, pero sin que ello la incapacite para nada; tiene más energía y más ideas y se siente con más confianza, pero puede trabajar con eficacia y relacionarse normalmente con los demás: «Hoy estoy más inquieto/animado/hablador que de costumbre», «Hago más llamadas telefónicas», «No me hace falta dormir tanto» (por ejemplo, una o dos horas menos de lo normal), «Hoy me distraigo con más facilidad», «Hoy contesto a la gente con más brusquedad», «Me frustro más por cosas sin importancia», «Me siento más "revolucionado" o "marchoso"», «Tengo el pensamiento un poco acelerado», «Hoy me siento más sexy», «Estoy más optimista», «Sufro un episodio hipomaníaco».

(+2) *Moderado.* El estado de ánimo de la persona es eufórico o ansioso y muy irritable y, según los demás, está fuera de lugar; tiene ganas de romper cosas; se siente muy motivada y sexualmente excitada; su pensamiento va a toda marcha; tiene muchas dificultades para concentrarse en el trabajo; discute mucho con los demás (que parecen moverse y hablar con mucha lentitud); los demás se quejan de que la persona parece enfadada, está muy cascarrabias o no para de moverse; grita sin motivo a los demás. No duerme más de cuatro horas por noche y no se siente cansado. «Hoy me siento muy impaciente», «Creo que me las puedo arreglar durmiendo mucho menos», «No paro de pensar en el sexo», «El "coco" me va a toda pastilla», «Tengo mucho que decir y no soporto que me interrumpan», «Cualquier cosa me irrita o me hace saltar».

(+3) *Grave.* Agresividad o euforia extremas; la persona se ríe constantemente o su irritabilidad está fuera de control; se ha peleado física o verbalmente con otras personas; cree tener un talento excepcional o unos poderes especiales (por ejemplo, poder leer mentes ajenas o cambiar el tiempo atmosférico), no puede parar de moverse; es incapaz de trabajar o de llevarse bien con los demás; se ha metido en problemas en público, ha sido detenido por la policía o ha sido ingresado en el hospital; duerme muy poco o nada.

Estados depresivos

(–1) *Leve.* La persona se siente con poco ánimo o un poco triste; le cuesta quitarse ciertos pensamientos negativos de la cabeza; es más crítica consigo misma, quiere dormir más o le cuesta un poco conciliar el sueño o dormir sin interrupciones; se siente algo más fatigada que de costumbre; se pregunta si vale la pena vivir; las cosas no parecen tan interesantes como de costumbre; aunque se siente menos competente, puede trabajar con eficacia y relacionarse sin problemas con los demás; los demás no notan la depresión.

(–2) *Moderado.* La persona está muy triste, con el ánimo por los suelos, desesperada, con poca energía y sin interesarse por nada la mayor parte del día; duerme más o le cuesta mucho conciliar el sueño o dormir sin interrupciones (por ejemplo, se despierta cada dos por tres en plena madrugada); cada vez le interesan menos cosas; no para de pensar en fracasos actuales o pasados; está gruñona e irritable; le cuesta mucho sacar adelante el trabajo (falta algunos días al trabajo o a clase, o es mucho menos productiva); le cuesta mucho concentrarse; los demás comentan que parece apagada y que actúa o habla con lentitud; ha contemplado la posibilidad de suicidarse y ha pensado en varias maneras de hacerlo.

(–3) *Grave.* La persona experimenta una tristeza o atonía muy profunda; ha perdido el interés en todo; siente unos fuertes impulsos suicidas: desea morir o ha intentado quitarse la vida; está totalmente desesperada; cree que ha cometido un pecado horrible y que debe ser castigada; es incapaz de trabajar, de concentrarse, de relacionarse con los demás o incluso de cuidar de sí misma (por ejemplo, bañarse o lavar la ropa); se queda en la cama la mayor parte del día y/o no puede dormir; no tiene energía para nada.

Fuentes: Sachs (1998); Young y otros (1978); Williams (1988).

bras, las evaluaciones o puntuaciones se deben plantear en función de referencias personales.

Paso 2: consignar el nivel de ansiedad e irritabilidad

El lector habrá observado que la hoja de registro del estado de ánimo también pide a la persona que evalúe su nivel de ansiedad y de irritabilidad en una escala que va de 0 a 3. Hay dos razones para ello. En primer lugar, la ansiedad y la irritabilidad pueden ser las primeras señales de un nuevo episodio maníaco o mixto. En segundo lugar, los efectos secundarios de algunos fármacos (como los antidepresivos ISRS) pueden provocar estos síntomas. Por lo tanto, es conveniente que la persona preste atención a estos síntomas aunque no sepa con seguridad cuál es su relación con los ciclos de su trastorno bipolar.

Por ejemplo, un nivel de irritabilidad «1» equivale a un estado de ánimo ligeramente irascible o malhumorado que no es causa de problemas con otras personas. Un nivel «2» denota una irritabilidad moderada que es causa de problemas en el trabajo o en casa. Un nivel «3» significa que la persona está tan irritable y se muestra tan huraña que es prácticamente incapaz de hacer nada. De la misma manera, un nivel de ansiedad «1» denota una ligera sensación de nerviosismo, inquietud y hasta puede que de temor, pero la persona es capaz de salir adelante sin más problemas. Un nivel «2» denotaría una ansiedad moderada que hace difícil trabajar, leer, hacer vida social o realizar los quehaceres cotidianos; pero la persona puede salir adelante con un poco de esfuerzo. Un nivel «3» denota una angustia grave y manifiesta que prácticamente paraliza a la persona.

Paso 3: consignar las horas de sueño

Además de evaluar cada día su estado de ánimo, es conveniente que la persona también tome nota de las horas que ha dormido la noche anterior. Por ejemplo, si la persona evalúa su estado de ánimo un jueves, deberá consignar las horas que ha dormido desde el miércoles por la noche hasta el jueves por la mañana. Si el sueño ha sido intermitente, la persona deberá calcular las horas que ha estado dormida.

El mejor momento para recordar esta información es a primera hora de la mañana, justo después de levantarse.

Si una persona tiene la costumbre de echar una siesta de vez en cuando, anotará por separado las horas que duerme por la noche y durante el día para determinar si las siestas hacen que duerma peor por la noche o si provocan que su estado de ánimo empeore al final del día.

Después de unas semanas de llevar este registro, se podrá ver la relación entre el sueño y el estado de ánimo: muchas personas se sorprenden al contemplar el resultado. Por ejemplo, Amy siempre había pensado que la falta de sueño hacía que se deprimiera más, pero al examinar sus registros se dio cuenta de que la falta de sueño estaba más asociada a sus períodos hipomaníacos (obsérvese en su hoja el cambio del día 10).

Paso 4: consignar diariamente los sucesos y las interacciones estresantes

Si la persona cree que su estado de ánimo se ha visto influido por uno o más sucesos o contactos con otras personas, deberá consignar estos sucesos y contactos en la columna «Comentarios». Algunos de ellos pueden ser importantes (por ejemplo, romper una relación, dejar el trabajo) y otros pueden parecer de poca importancia (cambiar el turno de trabajo; correr al aeropuerto para tomar un avión; quedarse atrapado en un atasco). Es conveniente que la persona tome nota de todos los sucesos que puedan ser importantes aunque acaben siendo intrascendentes. Por ejemplo, Amy encontró que las discusiones relativamente rutinarias con su padre estaban asociadas a una leve caída de su estado de ánimo (hasta un −1). El objetivo de este paso es observar la conexión entre unos sucesos determinados y unos cambios concretos del estado de ánimo. Al repasar el día y rellenar la hoja se deben considerar preguntas como las siguientes:

- ¿Qué ha pasado justo antes de que la persona se haya sentido irritable o hipomaníaca?
- ¿Qué ha pasado justo después de que se haya sentido irritable?
- ¿Qué ha pasado justo antes de que su estado de ánimo empezara a decaer?

Al tomar nota de estas situaciones estresantes, será conveniente que la persona recuerde que puede ser difícil determinar si el estrés ha sido la causa o el efecto del estado de ánimo. Sin embargo, un registro bien llevado puede ayudar a determinar esta relación. Por ejemplo, ¿la persona ha ido corriendo al aeropuerto y luego ha sentido que su energía y su estado de ánimo subían? ¿O bien ya se sentía «acelerada» antes de salir corriendo? ¿La persona ha discutido con su padre y después se ha sentido desanimada? ¿O primero se ha sentido desanimada y la discusión se ha producido después? Si la persona, al principio, no puede distinguir las causas de los efectos, no se debe preocupar. Basta con que intente identificar la coincidencia entre los sucesos estresantes, los estados de ánimo y los patrones de sueño.

La columna «Comentarios» también es un buen lugar donde consignar el consumo de alcohol u otras sustancias. Si el paciente bebe un día, deberá consignar esa información como un suceso aunque la cantidad ingerida parezca trivial (por ejemplo: «Me he tomado una cerveza» o «Me he bebido dos copas de vino»). De este modo observará si el alcohol o las otras sustancias influyen en su estado de ánimo al día siguiente y en qué medida lo hacen. También podrá ver si consume estas sustancias para mitigar un estado de ánimo negativo que arrastre de días o semanas anteriores.

Paso 5: consignar el tratamiento

El paciente deberá indicar los fármacos y las dosis que debe tomar en la parte superior izquierda de la hoja, incluyendo los fármacos que no tome directamente para tratar el trastorno bipolar (como pastillas contra la hipertensión). En la casilla correspondiente al día que esté rellenando, la persona anotará los fármacos que haya tomado. Esto la ayudará a ella, a su médico y a otras personas responsables del tratamiento a saber si la inconstancia en la medicación influye en el estado de ánimo de cada día. Amy se saltó una dosis la noche que fue al concierto y otra dosis la noche siguiente, y es probable que ello contribuyera a la inestabilidad de su estado de ánimo. Como comentaba en el capítulo 7, la mayoría de las personas se saltan alguna dosis de vez en cuando, pero aun así es importante tomar nota de estas inconstancias aparentemente sin importancia. Del mismo modo, se deberá

colocar una marca en la columna correspondiente los días que la persona asista a una sesión de psicoterapia. Como ocurre con la medicación, algunas personas son muy constantes en el seguimiento de la psicoterapia y otras lo son muy poco.

También hay personas que toman ciertos fármacos «a discreción». Por ejemplo, sólo toman Klonopin cuando no pueden conciliar el sueño. En ese caso, se escribirá «A discreción» en la parte superior de la columna izquierda de la hoja de registro, al lado del fármaco en cuestión. Algunas personas descubren que su estado de ánimo es más bajo el día después de haber tomado alguno de estos fármacos. Otras encuentran que ciertos fármacos (como la pseudoefedrina para combatir una alergia) hacen que se sientan con más energía o «marcha», o incluso que entren en un estado hipomaníaco.

El médico podrá usar estos datos sobre la medicación de varias maneras. Imaginemos que ha recetado Depakote y un antidepresivo ISRS a un paciente. Imaginemos también que los registros de esa persona indican una mejora de su estado de ánimo una semana o dos después de haber empezado a tomar el ISRS pero que, más adelante, sus emociones y niveles de energía empiezan a sufrir altibajos o ciclos rápidos. Si todo esto está bien documentado en el registro personal, el médico tendrá una base para intentar estabilizar el estado de ánimo retirando el antidepresivo o ajustando la dosis.

Paso 6: consignar el peso y la menstruación

Hay otros dos datos que es conveniente consignar en las hojas de registro del estado de ánimo. En primer lugar, es recomendable anotar el peso por lo menos una vez al mes. Lo mejor es pesarse el mismo día de cada mes para poder ver si la medicación, el estrés o las oscilaciones del estado de ánimo tienen alguna relación con el peso. Por ejemplo, si una persona aumenta de peso al medicarse con un fármaco antipsicótico atípico (como Zyprexa), el médico puede ajustar las dosis o cambiar el fármaco por otro de la misma clase (como Risperdal). En el caso de las mujeres, es conveniente que marquen los días de la menstruación; de este modo, podrán examinar con su médico si los cambios del estado de ánimo empiezan antes, durante o después del inicio del ciclo menstrual.

Evaluación del registro

Es aconsejable que la persona afectada muestre el registro de su estado de ánimo al médico o al psicoterapeuta cada vez que los visite para poder evaluar conjuntamente la influencia de determinados sucesos o situaciones, de las posibles alteraciones del sueño, de los fármacos que toma y de su constancia al tomarlos. Y si una persona no visita periódicamente al psicoterapeuta o al médico, será recomendable que estudie la hoja al final de cada semana para ver si puede encontrar alguna pauta. Llevar este registro durante un año o más permite plantear hipótesis a más largo plazo sobre los factores biológicos o sociales que provocan los cambios del estado de ánimo (por ejemplo, períodos de mayor consumo de alcohol o marihuana, el inicio del invierno o de la primavera, las fiestas de Navidad, períodos de más trabajo o la época de exámenes).

Problemas de los registros del estado de ánimo

En cierto sentido, estos registros pueden parecer reduccionistas: no hacen justicia a las muchas y variadas experiencias que tiene la persona cada día. También están muy centrados en el presente. Algunas personas creen que los cambios de su estado de ánimo están relacionados con factores que no es fácil consignar en estas hojas (por ejemplo, sucesos traumáticos del pasado reciente o de la infancia). Pero aun con estas limitaciones, estos registros ofrecen un método muy eficaz para resumir mucha información de una manera muy sucinta para la persona misma y para los profesionales que la atienden. Si la persona usa estos registros como un complemento de su psicoterapia personal, será útil que los vea como un punto de partida para explorar cuestiones de más envergadura que puedan influir en su estado de ánimo. Por ejemplo, ciertos sucesos de poca importancia, como algunas discusiones con la pareja, pueden tener unos efectos muy profundos en el estado de ánimo si activan el temor a la separación o a la pérdida. En estos casos, es conveniente explorar estas cuestiones de mayor calado con el psicoterapeuta.

También puede ser difícil acordarse de registrar el estado de ánimo cada día, sin fallar. Para conseguirlo es útil elegir un momento fijo

del día para rellenar la hoja. Algunas personas la rellenan justo antes de acostarse; otras eligen distintas actividades diarias de carácter fijo (por ejemplo, al acabar de cenar, después de sacar a pasear al perro, antes de mirar el noticiario de la noche). Es recomendable procurar no elegir el peor momento del día para rellenar la hoja, sobre todo si ese momento no es representativo del estado de ánimo de todo el día. Por ejemplo, si una persona tiende a tener el estado de ánimo muy bajo justo después de levantarse pero se siente mejor al cabo de una hora o dos, no es aconsejable que rellene la hoja después de levantarse y es mejor que elija otro momento más representativo. También es necesario evitar hacer lo que hacen algunas personas: rellenar la hoja de un mes a toda prisa justo antes de visitar al médico. Cuanto más precisa y fiable sea la información que reciba el profesional, mejores serán las decisiones que se podrán tomar en relación con el tratamiento.

Consejo nº 2 para mantener el bienestar: seguir unas rutinas diurnas y nocturnas estables

> Creo que el psicoanálisis me ha ido muy bien. He estado yendo cuatro veces por semana. Pero no creo que lo importante haya sido descubrir tantas cosas sobre mi infancia. La verdad es que había algo muy terapéutico en el hecho de tener un lugar al que ir cada mañana, ver al mismo psicoanalista todos los días, ver siempre al mismo guarda en el aparcamiento, volver al coche a la misma hora... Esta estructura ha sido muy reconfortante.
>
> *Mujer de 40 años de edad con trastorno bipolar II*

En el capítulo 5 he hablado de los efectos positivos en la estabilidad anímica de los *Zeitgebers*, las personas y los sucesos que actúan como un reloj externo que regula los hábitos de la persona afectada, y los efectos potencialmente negativos de los *Zeitstorers*, las personas o exigencias sociales que alteran las rutinas diarias y el patrón de sueño-vigilia (Ehlers y otros, 1988, 1993). *Mantener unas rutinas diurnas y nocturnas es uno de los cambios de conducta más importantes que puede emprender una persona afectada —además de ser constante con la medicación— para tomar las riendas de su trastorno y*

controlarlo. En este apartado examinaremos un método para mantener el bienestar basado en la estabilidad del ritmo social.

Llevar un registro del ritmo social

El cuestionario del ritmo social (CRS) es un instrumento que exige más tiempo que la hoja de registro del estado de ánimo, aunque potencialmente también ofrece más información (Monk y otros, 1990, 1991). En el CRS la persona anota cuándo come, cuándo duerme, cuándo hace ejercicio y cuándo hace vida social, además de consignar su estado de ánimo cotidiano. Con el tiempo, estabilizando sus rutinas cotidianas puede llegar a estabilizar su estado de ánimo. Esto supone planificar las actividades habituales para unas horas concretas del día o de la noche.

El CRS es uno de los elementos esenciales del trabajo de Ellen Frank y David Kupfer sobre la psicoterapia del ritmo social e interpersonal. Como decía en el capítulo 6, Frank y sus colegas han demostrado que la combinación de esta psicoterapia con la medicación es eficaz para mejorar el curso del trastorno bipolar (Frank, 1999; Frank y otros, 2000). Yo mismo recibí formación hace unos años en psicoterapia del ritmo social y estoy convencido de que controlar y estabilizar el ritmo diario es muy positivo para las personas aquejadas de trastorno bipolar.

El objetivo de llevar un registro del ritmo social es descubrir la relación entre los cambios de las rutinas cotidianas de la persona, sus niveles de estímulo interpersonal, sus ciclos de sueño-vigilia y su estado de ánimo. Después de varias semanas o meses, empezarán a distinguirse unos patrones (como en el caso de Amy) y la persona podrá ver que ciertos cambios de su nivel de actividad o de sus patrones de sueño anuncian el desarrollo de nuevos episodios. Por ejemplo, al principio de las fases maníacas podrá observar una disminución gradual de las horas de sueño y un aumento del tiempo que dedica a hacer ejercicio. De la misma manera, podrá observar que cuando se recupera de un episodio maníaco o depresivo su actividad y su patrón de sueño vuelven de una manera natural a los niveles anteriores. En otras palabras, los patrones de sueño y de actividad pueden indicar si el trastorno del estado de ánimo de una persona va a mejor o a peor.

Como ocurría con la hoja de registro del estado de ánimo, es mejor rellenar el CRS todos los días y repasarlo cada semana con el psicoterapeuta o el psiquiatra. Llevar el cuestionario del ritmo social de una manera constante permitirá descubrir en el patrón de sueño y en las rutinas diarias unos cambios que, aunque sutiles, pueden tener una influencia importante en el estado de ánimo de la persona.

El cuestionario de la página siguiente fue rellenado por Leslie, una mujer de 40 años de edad con trastorno bipolar I (al final del libro se ofrece un cuestionario del ritmo social en blanco). Obsérvese en primer lugar la esquina superior izquierda, donde Leslie ha valorado su estado de ánimo diario mediante una escala de puntuación que va de –5 a +5. En esto se parece mucho a la hoja de registro del estado de ánimo. Pero obsérvese también que en el lado izquierdo se detallan diecisiete actividades que la mayoría de las personas pueden realizar cada día. La persona que rellena el cuestionario debe indicar a qué hora ha realizado las actividades (por ejemplo, a qué hora se ha despertado, a qué hora se ha tomado el primer café, cuándo ha salido a trabajar, a estudiar o a realizar cualquier otra actividad cotidiana, cuándo ha almorzado, cuándo ha vuelto a casa, cuándo ha cenado y cuándo se ha acostado). En parte, estas rutinas diarias «controlan» los hábitos de sueño-vigilia de la persona (Frank y otros, 2000). Por ejemplo, si una persona tiene unos turnos laborales que le exigen trabajar de 8 de la mañana a 4 de la tarde un día y de 4 de la tarde a 12 de la noche el día siguiente, su horario de acostarse y de levantarse cambiará de un día a otro y puede que su estado de ánimo también cambie en consecuencia (hacia «arriba» o hacia «abajo»). En cambio, si una persona siempre come, hace ejercicio, trabaja e interactúa con otras personas aproximadamente a la misma hora, la hora de acostarse también será más o menos la misma.

En el CRS también se debe especificar *con quién se ha realizado cada una de estas actividades y lo estimulantes que han sido*. En la medida en que las interacciones de la persona afectada con otras personas sean provocativas, conflictivas o estimulantes por cualquier otra razón (en lugar de discretas o corrientes), podrán ser factores importantes para determinar el grado de estabilidad de sus estados emocionales e incluso de su sueño. Supongamos que la persona cena con su cónyuge, que la pareja discute durante la cena y que después no se hablan: en este caso, el nivel de estímulo sería «3», equivalente a «acom-

Cuestionario del ritmo social (CRS)
MacArthur Foundation Mental Health Research Network I

Rellene este cuestionario al final del día

Día de la semana: *Domingo* — Fecha: *28/5*

PUNTUACIÓN ESTADO DE ÁNIMO (elegir una): –2
Escala
–5 –4 –3 (–2) –1 0 1 2 3 4 5
Muy depresivo — Normal — Muy maníaco

ACTIVIDAD (*Agitada, Nerviosa, Irritable*)

ACTIVIDAD	Marcar SI NO SE HA HECHO	HORA	TIEMPO: Marcar MAÑANA	TIEMPO: Marcar TARDE	Marcar SI SE HA ESTADO SOLO	OTRAS PERSONAS (1= Sólo presentes, 2= Participación activa, 3= Muy estimulantes): Cónyuge/pareja	Hijos	Otros familiares	Otras personas
EJEMPLO DE ACTIVIDAD (sólo como referencia)		6:20	✓			2			1
LEVANTARSE		9:30	✓		✓				
PRIMER CONTACTO (EN PERSONA O POR TELÉFONO) CON OTRA PERSONA		10:00	✓						2
CAFÉ U OTRA BEBIDA		9:30	✓						1
DESAYUNAR		10:30	✓						2
SALIR DE CASA POR PRIMERA VEZ		10:45	✓						3
EMPEZAR TRABAJO, ESTUDIOS, TAREAS DOMÉSTICAS, ACTIVIDADES DE VOLUNTARIADO, CUIDADO DE HIJOS U OTROS FAMILIARES	✓								
ALMUERZO		12:00							3
SIESTA	✓								
CENA		7:30		✓	✓				
EJERCICIO FÍSICO		5:30		✓	✓				
COMER/(BEBER) ALGO POR LA NOCHE		9:00		✓	✓				
VER LAS NOTICIAS EN LA TELEVISIÓN		10:00		✓	✓				
VER OTRO PROGRAMA DE TELEVISIÓN	✓								
ACTIVIDAD A: *Conversación telefónica*		9:30		✓					3
ACTIVIDAD B									
VOLVER A CASA (POR ÚLTIMA VEZ)		7:00		✓					2
ACOSTARSE		10:00			✓				

Ejemplo de un cuestionario del ritmo social. Copyright 1991 by Elsevier Science. Reproducido con autorización de Monk y otros (1991).

pañantes muy estimulantes», y es muy probable que a la persona le cueste más dormir. En cambio, la cena plácida y sin problemas de cualquier otra noche tendría un nivel de estímulo «1», equivalente a «acompañantes simplemente presentes».

Los niveles elevados de estímulo por parte de otras personas se pueden experimentar de una manera positiva pero, aun así, pueden influir negativamente en el estado de ánimo o en el ritmo circadiano. Deborah, de 26 años de edad, encontró que su trabajo nocturno como camarera de un bar, un trabajo con el que disfrutaba mucho, le ofrecía unos períodos de actividad muy estimulantes (en general, unos bloques de tres horas en los que era muy solicitada por los clientes). Observó que le costaba mucho más conciliar el sueño cuando volvía a casa después de trabajar en el bar que las noches que no trabajaba. Al final, sus problemas se aliviaron considerablemente cuando la pasaron al turno de la tarde.

A Katherine, de 42 años de edad, le gustaba mucho el intenso contacto con el público que exigía su trabajo en unos grandes almacenes. Sin embargo, este estímulo social alcanzaba unos niveles prácticamente intolerables durante los fines de semana anteriores a las fiestas de Navidad y empezaba a sentirse más y más irritable. Para modular esta exposición al estrés y a un estímulo tan fuerte, decidió no hacer ninguna actividad social las noches de esos fines de semana.

Evaluación de un cuestionario del ritmo social: el caso de Leslie

Aunque el cuestionario de Leslie de la página anterior sólo se refiere a un día, podemos plantear algunas hipótesis sobre los factores que influyen en su estado de ánimo. Leslie experimenta un estado de ánimo mixto cuando además de sentirse deprimida también se siente agitada, nerviosa e irritable. Obsérvese que aunque el día del ejemplo corresponde a la primavera, cuando los días se van haciendo más largos, la jornada de Leslie seguía siendo relativamente corta (se despertaba a las 9.30 de la mañana y se acostaba a las 10 de la noche). Dormía demasiado. Aquel día también tuvo varias interacciones muy estimulantes (incluyendo una discusión por teléfono con su ex marido acerca de su hijo y otra con su compañera de piso, que en su opi-

nión era muy desconsiderada). Por lo menos había tomado una bebida alcohólica estando sola. Además de su predisposición biológica, estos factores pudieron haber determinado, en parte, su estado de ánimo agitado y depresivo.

Es posible que estos sucesos y actividades fueran el resultado de su estado de ánimo (por ejemplo, puede que se hubiera sentido ansiosa e irritable y, en consecuencia, más propensa a las disputas). Para poder determinar qué era una causa y qué un efecto, Leslie llevó un registro de su ritmo social y de su estado de ánimo durante varios meses. Al final empezó a ver que las interacciones provocativas con ciertas personas, su patrón de sueño y el alcohol se combinaban para alterar su estado de ánimo, y que su estado de ánimo influía en la frecuencia de estos sucesos y hábitos. Poco a poco llegó a la conclusión de que la combinación de beber alcohol antes de acostarse y de dormir más de nueve horas provocaba que se sintiera más nerviosa e irritable y más propensa a discutir con los demás.

¿Cómo se pueden regular las rutinas diarias?

El siguiente paso es idear estrategias que ayuden a la persona a regular sus rutinas cotidianas. Habituarse a seguir unas rutinas puede parecer sencillo, pero si el lector ha intentado hacerlo alguna vez sabrá que es muy probable que surjan obstáculos de importancia. Las personas afectadas pueden intentar hacerlo ellas solas, pero un psicoterapeuta las podrá ayudar a desarrollar y mantener unos horarios fijos para diversas actividades como dormir y hacer ejercicio.

El primer ingrediente, y el más importante, es acostarse cada noche y levantarse cada mañana a la misma hora. Es conveniente que la persona también respete estos horarios durante los fines de semana, aunque tenga ganas de quedarse en la cama hasta más tarde. Naturalmente, en algunas ocasiones será imposible acostarse o levantarse a la hora de costumbre por tener que viajar, participar en algún acontecimiento de carácter social, cuidar de un hijo enfermo o tener que acudir temprano a la estación de tren para recoger a alguien. Algunos de estos acontecimientos serán fácilmente controlables (por ejemplo, ir al pase de tarde o de noche para ver una película) y otros no (como el horario de un vuelo comercial). Si una noche determinada el hora

rio habitual se desplaza una o dos horas, será conveniente intentar volver a él lo más pronto posible.

Es necesario procurar mantener estos horarios aunque las circunstancias parezcan ir en contra. Por ejemplo, si una persona ha perdido su trabajo debería levantarse a la misma hora que antes, cuando tenía que prepararse para ir a trabajar. O si una persona cambia de trabajo y el nuevo puesto le supone un horario diferente (por ejemplo, entrar a trabajar a las 8 de la mañana en lugar de a las 9), deberá adaptar en consecuencia la hora de acostarse y adelantarla una hora. Lo mejor es adaptarse a un nuevo horario de una manera gradual en lugar de hacerlo de repente.

También se puede trabajar con el psicoterapeuta para *prever cualquier suceso que pueda alterar las rutinas cotidianas* y planificar maneras de regular el ritmo cuando estos sucesos se produzcan. Por ejemplo, si una persona sabe que puede cambiar de trabajo o que deberá viajar más en un futuro próximo, también sabrá que lo más probable es que su patrón de sueño-vigilia sufra alguna alteración. En estos casos lo mejor es planificar de antemano un horario fijo para acostarse y levantarse.

En segundo lugar, cuando una persona lleva una temporada con problemas de sueño (véase más adelante el apartado dedicado al sueño), no es recomendable que intente recuperar el sueño perdido durante la semana durmiendo más los fines de semana. Lo más probable es que este intento de recuperar el sueño tenga un impacto negativo en su estado de ánimo (normalmente, provocando una depresión; véase, por ejemplo, el estudio de la alteración de sueño realizado por Wolfson y Carskadon, 1998). Por otro lado, también hará que le sea más difícil conciliar el sueño la próxima noche.

En tercer lugar, es recomendable intentar mantener cada día los mismos horarios en el trabajo o en los estudios. Por ejemplo, sería conveniente intentar asistir a clase siguiendo más o menos el mismo horario cada día y evitar tener todas las clases concentradas en uno o dos días y no tener ninguna los tres días siguientes. Lo mismo cabe decir en relación con hacer ejercicio: lo mejor es hacerlo siempre a la misma hora (por ejemplo, después de salir del trabajo) en lugar de hacerlo un día por la noche y al día siguiente por la mañana. También es conveniente reservar unos momentos para relajarse antes de acostarse y evitar mantener interacciones sociales estimu-

lantes con la pareja, los compañeros o los amigos justo antes de ir a dormir.

Impedimentos prácticos para mantener las rutinas habituales

Naturalmente, siempre pueden surgir impedimentos de carácter práctico que obstaculicen o impidan esta regularidad. Puede que los cursos que desee seguir una persona tengan las asignaturas repartidas de una manera muy irregular. O puede que el trabajo de otra persona le exija viajar mucho, o alargar la jornada laboral los fines de semana, o trabajar algunas noches y otras no, o cambiar de turno periódicamente. El campo de la sanidad está lleno de ejemplos de trabajos con jornadas y turnos laborales muy irregulares, como en el caso del personal de guardia. Lo mismo cabe decir de muchos puestos de trabajo en el campo de la hostelería. En el capítulo 12 se presentarán algunas sugerencias para negociar el horario de trabajo con la empresa a la luz de las limitaciones que puede imponer el trastorno bipolar.

Veamos algunos ejemplos de pacientes míos que han conseguido mantener unos ritmos sociales regulares a pesar de las exigencias planteadas por su trabajo o por sus estudios. Walter, un programador informático, habló abiertamente con su jefe de los problemas que le planteaba su trastorno del estado de ánimo y su jefe accedió a que siguiera un horario de trabajo fijo en lugar de obligarle a seguir el régimen de turnos habitual en la empresa. Juanita viajaba con frecuencia y siempre intentaba dormir el mismo número de horas cada noche aunque cambiara de huso horario. Pero mantener este horario le exigía mucha disciplina porque los compañeros de trabajo que viajaban con ella la animaban constantemente a salir de noche.

Candace (cuyo caso se examina con más detalle en las págs. 247-248) encontró que se pasaba prácticamente todos los fines de semana sin tener contacto con nadie y que ello solía empeorar sus episodios depresivos. La solución fue programar actividades de poca importancia con amigos o conocidos durante los fines de semana: con ello adquirió una sensación de continuidad entre las rutinas de la semana y las del fin de semana que la ayudó a mejorar su estado de ánimo. Lo mismo se puede decir de Wesley, que se quedó muy deprimido tras romper con su novia: encontró que planificar actividades con otras

personas cada mañana, o incluso el simple hecho de bajar a desayunar al bar de la esquina, le ayudaba a levantarse cada mañana a una hora determinada.

El CRS puede ayudar a la persona a programar un horario diario para dormir, comer, hacer ejercicio y realizar actividades de carácter social que le sea cómodo y factible dadas las exigencias de su actual vida social, familiar y laboral. Es importante fijar unas horas para acostarse y para levantarse y procurar no desviarse de estos horarios más de treinta minutos o una hora aunque se presenten algunas actividades gratificadoras que, aparentemente, puedan mejorar el estado de ánimo (por ejemplo, asistir con los amigos a una fiesta o ir a una sesión «golfa» de cine). En el caso de personas que vivan con sus padres u otros familiares, es conveniente que pidan su colaboración para diseñar este programa y atenerse a él.

Resistencias a establecer y seguir rutinas

Algunas personas se quejan de que controlar el ritmo social es una tarea tediosa que les recuerda los deberes escolares. Como la mayoría de las técnicas de tratamiento y de autocontrol, el CRS exige dedicar un poco de tiempo y de esfuerzo. Pero cuando la persona se acostumbra, verá que puede hacer esta tarea dedicándole únicamente unos cinco minutos cada día. Con el tiempo, podrá encontrar que ciertos elementos del cuestionario son más importantes que otros. Por ejemplo, una persona puede encontrar que el horario para acostarse, levantarse, trabajar y hacer ejercicio es esencial para mantener estable su estado de ánimo, y que el horario para comer o ver la televisión no tiene ninguna influencia significativa.

Según mi experiencia y la de otros médicos, el principal problema al que se enfrentan las personas con trastorno bipolar es el precio que les representa tener que regular sus rutinas diarias, ya que supone renunciar a cierto grado de espontaneidad. Muchas de ellas se preguntan por qué no pueden «pasar de todo» como hacen muchas otras personas. Si todos los demás se quedan por ahí pasándoselo bien hasta las tantas de la madrugada, ¿por qué ellas no pueden hacer lo mismo?

Esta reacción es muy comprensible. Para Amy, tener que atenerse a estas rutinas hacía que se viera diferente a todos los demás. Pero al

final acabó comprendiendo que la imprevisibilidad y el estímulo social que tanto deseaba eran como una droga: su estado de ánimo solía sufrir una especie de «mono» o resaca al día siguiente.

Para las personas afectadas es un consuelo saber que están adoptando una postura preventiva que les permitirá controlar su trastorno. Cuando organicen sus días y sus noches casi todas notarán beneficios en forma de una mayor estabilidad de su estado de ánimo y una mayor productividad. Con el tiempo, estas rutinas les darán una sensación de seguridad y de control sobre su destino.

E incluso aparte de la cuestión de estabilizar el estado de ánimo, algunos de mis clientes han encontrado que regular el ritmo social les ha ayudado a controlar su trastorno y su estilo de vida de maneras que no esperaban. Por ejemplo, Carmen, de 29 años de edad, encontró que el CRS la ayudaba a acordarse de tomar la medicación, algo que hasta entonces había sido totalmente imprevisible. Después de rellenar el cuestionario durante varias semanas, Arturo, de 35 años de edad, observó: «Tenía la costumbre de meterme en demasiadas cosas para evitar la depresión, pero luego me quedaba totalmente exhausto, con las pilas agotadas. Me gusta estar en contacto con la gente, pero muchas veces llego a pasarme demasiado. Necesito un poco más de coherencia y no tengo por qué estimularme constantemente para intentar escapar de mí mismo».

Y no son sólo las personas con trastornos del estado de ánimo las que deben guiarse por unos horarios fijos y estrictos. Muchos padres también deben seguir unas rutinas muy previsibles para controlar las actividades diarias de sus hijos. Los deportistas deben seguir rigurosamente unos programas de entrenamiento establecidos con todo detalle. Muchos artistas, como los músicos profesionales, han desarrollado unas rutinas muy estrictas para llegar a alcanzar su nivel de maestría (por ejemplo, Krampe y Ericsson, 1996).

No obstante, si una persona considera que está siguiendo una rutina demasiado estricta, lo mejor es que hable de ello con su médico. Siempre es posible llegar a una solución de compromiso. Incluso puede que la persona sepa identificar el punto en el que la fluctuación de las rutinas influye negativamente en su estado de ánimo. Por ejemplo, una desviación de treinta minutos en relación con la hora de acostarse puede carecer de importancia, pero una desviación de noventa minutos puede representar una gran diferencia. Es importante

que la persona trate de identificar el grado de fluctuación de sus rutinas que se puede permitir sin que ello afecte a la estabilidad de su estado de ánimo.

«Muy bien: y ahora que me estoy acostando a la hora convenida, ¿cómo puedo conciliar el sueño?»

> No paro de dar vueltas, miro el reloj, mascullo y suspiro de impaciencia, me levanto y doy vueltas por la casa... hago yoga, hago meditación, pongo la tele... pero no consigo conciliar el sueño. Me fastidia a más no poder que mi esposa se duerma como un tronco en cuanto se mete en la cama. Hasta me dan ganas de despertarla para que sufra tanto como yo, pero no lo hago... Y así noche tras noche. Y, claro, al día siguiente, en el trabajo, no doy pie con bola.
>
> *Hombre de 51 años de edad con trastorno bipolar y ciclos rápidos*

Para algunas personas con trastorno bipolar, el principal problema no es meterse en la cama a la hora convenida. Su dificultad es conciliar el sueño y quedarse dormidas. No hay nada más frustrante que estar desvelado y no poder dormir. Esta alteración del sueño es uno de los síntomas clave del trastorno bipolar y, en ocasiones, puede ser un efecto secundario de los fármacos antidepresivos. También puede deberse a sustancias como la cafeína, el exceso de azúcar, el tabaco o el alcohol, sobre todo si se ingieren o se toman poco antes de acostarse.

En estos casos, el médico puede optar por recetar a la persona algún fármaco para ayudarle a dormir como Klonopin o zolpidem (Ambien). Aunque estos fármacos suelen ser eficaces, no a todo el mundo le gusta tomarlos porque pueden provocar adicción y tolerancia (es decir, la persona puede tener que tomar dosis cada vez más altas para obtener los mismos efectos). Pero el paciente y el médico pueden decidir que alguno de estos fármacos es la mejor alternativa para impedir que esta alteración del sueño contribuya a empeorar el estado de ánimo.

Por suerte, existe bastante literatura sobre el uso de intervenciones de carácter conductual con el fin de paliar los problemas de sueño. Michael Otto y sus colegas de la Harvard Medical School/Massachusetts General Hospital (1999) han desarrollado una serie de recomen-

Consejos para conciliar el sueño

- No dejar que el estrés entre en el dormitorio.
- Dedicar un poco de tiempo a calmarse antes de dormir.
- No «competir» nunca para conciliar el sueño.
- Usar técnicas de relajación muscular.
- Ajustar el ciclo de sueño-viglia antes de salir de viaje.

Fuente: Otto y otros (1999).

daciones o consejos para mejorar el sueño de las personas que padecen trastorno bipolar (véase el recuadro de esta misma página). Algunas de estas técnicas también son aplicables a personas que no sufren este trastorno.

Como ejemplos de «dejar entrar el estrés en el dormitorio» cabe citar discutir con el cónyuge, preparar el trabajo o examinar la agenda del día siguiente estando en la cama, mirar la información bursátil del periódico, consultar el buzón de correo electrónico, comer en la cama y hacer alguna llamada telefónica pendiente. Estas actividades se deben evitar justo antes de acostarse. En términos más generales, lo mejor es que la persona evite cualquier actividad estresante una hora antes de ir a dormir para que pueda calmarse y relajarse. De ser posible, deberá procurar eliminar cualquier fuente de ruido dentro de la habitación (como desconectar el teléfono o apagar la radio) o colocarse tapones en los oídos.

Paradójicamente, las actividades que la mayoría de las personas consideran necesarias para conciliar el sueño en realidad contribuyen a impedirlo. Por ejemplo, muchas personas miran el noticiario de la televisión estando ya en la cama, justo antes de apagar la luz, pero las noticias las estimulan demasiado y acaban desvelándose. Igualmente, muchas personas creen que no pueden dormir sin leer un libro; pero, a veces, leer un libro, aunque sólo sea una novela, puede hacer que el pensamiento se dispare en cualquier dirección. ¡Si leemos una buena novela de intriga, puede ser muy difícil dejarla y no pensar en ella! También hay muchas personas que creen que hacer ejercicio les ayu-

da a dormir mejor porque hace que se cansen y que los músculos se relajen. Pero también puede desvelar a la persona si el ejercicio se hace justo antes de ir a dormir: lo mejor es dejar tres horas como mínimo después de hacer ejercicio y antes de acostarse.

Si una persona desea investigar qué actividades contribuyen a sus problemas de sueño, la mejor manera es realizar estas actividades unas noches sí y otras no, y anotar los cambios en la hoja de registro del estado de ánimo o en el CRS (por ejemplo, escribiendo «sin tele» el jueves por la noche y «con tele» el viernes, anotando la calidad del sueño a la mañana siguiente). Es aconsejable comprobar si realizar o no ciertas actividades influye en el sueño y en el estado de ánimo.

Algunas personas tienen la impresión de que conciliar el sueño es como una competición deportiva, como una carrera contrarreloj. Su incapacidad para dormir hace que se sientan inútiles o incompetentes y les provoca una ansiedad que obstaculiza sus intentos de dormir. Lo mejor que puede hacer una persona con este problema es ver su dificultad para conciliar el sueño como una señal biológica de su trastorno, no como algo que se hace a sí misma. En lugar de luchar consigo misma por ser incapaz de dormir, es mejor que experimente las sensaciones físicas de estar en la cama, incluyendo las sensaciones corporales, el roce de la sábana y la colcha, o la sensación de la almohada en contacto con la cabeza. Si la persona dispone de una cinta grabada con ejercicios de relajación o de meditación, puede usarla para experimentar las sensaciones físicas que conducen al sueño (Otto y otros, 1999).

Muchas personas tienen problemas para dormir cuando viajan. Por ejemplo, si una persona toma un vuelo transatlántico puede que llegue a su destino cuando todo el mundo se va a dormir, pero para ella aún faltan varias horas. Estos viajes son especialmente difíciles para las personas con trastorno bipolar porque suponen un cambio radical de su ritmo circadiano. Pero, en muchas ocasiones, estos viajes son inevitables.

Una manera de contrarrestar los trastornos del sueño que pueden provocar estos viajes es ajustar gradualmente el reloj interno al lugar de destino ya antes de partir. Por ejemplo, una semana antes de emprender un viaje a un lugar con otro huso horario es recomendable que la persona empiece a acostarse una hora antes que de costumbre y que cada noche vaya adelantando media hora más la hora de meterse en la cama. De

este modo, cuando llegue a su lugar de destino le será más fácil adaptarse al nuevo horario. Este procedimiento es más eficaz cuando la persona va a pasar varios días como mínimo en el lugar de destino.

Se pueden usar otras estrategias para mejorar el sueño que quedan fuera del alcance de este libro. Si una persona experimenta grandes dificultades para dormir, es recomendable que consulte algún libro de autoayuda centrado específicamente en este problema como *The promise of sleep*, de William Dement y Christopher Vaughan (1999), o *No more sleepless nights*, de Peter Hauri y otros (1996).

Consejo nº 3 para mantener el bienestar: evitar el alcohol y otras sustancias nocivas

Ruth, una mujer de 32 años de edad a la que se le acababa de diagnosticar un trastorno bipolar I, tenía un grave problema con la bebida que solía empezar cuando estaba relativamente libre de los síntomas del trastorno. En la base de sus episodios casi siempre había alguna relación afectiva con un hombre o algún conflicto relacionado con sus negocios. Sus borracheras eran tan fuertes que varias veces tuvo que ingresar en el hospital para seguir programas de desintoxicación. También se inscribió en un programa de Alcohólicos Anónimos que le exigía acudir dos veces por semana para tomar un fármaco que la hacía vomitar si bebía. Pero no tardó mucho en abandonar el programa y volver a beber.

Según ella, era el trastorno bipolar lo que la hacía beber. Pero muchos observadores, incluyendo sus médicos y sus familiares, opinaban precisamente lo contrario: que la bebida era lo que provocaba las oscilaciones de su estado de ánimo. Se quejaba constantemente del sufrimiento y la ansiedad que le producían esas oscilaciones, pero los síntomas coincidían tanto con la bebida que era difícil decir cuáles se debían al trastorno bipolar y cuáles al alcohol.

Llegó un momento en que Ruth se convenció de que debía abandonar el alcohol y dejó de beber cerca de seis meses. Las oscilaciones de su trastorno mejoraron mucho durante este período: seguía sufriendo una leve depresión, pero los síntomas maníacos o mixtos desaparecieron. Consiguió un trabajo de camarera y empezó a funcionar como hacía mucho tiempo que no podía.

Sin embargo, durante este período de recuperación, Ruth llegó a la conclusión de que la bebida no le suponía un verdadero problema. Empezó a reinterpretar su pasado casi exclusivamente en función del trastorno bipolar, negando cualquier influencia del alcohol. Por ejemplo, etiquetaba sus anteriores borracheras como señales de «ciclos rápidos» o intentos de «automedicación». Y supuso que no volvería a perder el control con la bebida porque su trastorno del estado de ánimo se había estabilizado.

Cuando ya llevaba unos cinco meses de abstinencia, viajó a Palm Springs un fin de semana con su nuevo novio. Por decisión propia, había dejado el programa de Alcohólicos Anónimos cinco días antes del viaje. Una semana después volvía al hospital para desintoxicarse. Su depresión era mucho más grave cuando le dieron el alta y se inscribió de nuevo en el programa de Alcohólicos Anónimos.

Alcohol y otras sustancias: ¿qué riesgos suponen?

La mayoría de los psicólogos y los psiquiatras están de acuerdo en que si una persona sufre un trastorno bipolar debe evitar por completo el alcohol y otras sustancias nocivas. Como decía en el capítulo 5, estas sustancias interfieren con los efectos de la medicación y empeoran el curso de la enfermedad (por ejemplo, Sonne y Brady, 1999; Strakowski y otros, 2000). Si una persona afectada consume alcohol u otras sustancias, lo más probable es que no siga con la constancia necesaria el régimen de medicación y, en consecuencia, que tenga más problemas para estabilizar su estado de ánimo (Keck y otros, 1998; Strakowski y otros, 1998). Lo peor de todo es que estas sustancias suponen un riesgo mucho mayor de que la persona cometa suicidio (Jamison, 2000b; véase también el capítulo 11).

Algunos médicos opinan que las personas afectadas de trastorno bipolar pueden beber con moderación (por ejemplo, un vaso de vino durante la cena). Sin duda, hay personas afectadas de trastorno bipolar que lo pueden hacer sin que ello menoscabe la estabilidad de su estado de ánimo, pero yo, sinceramente, conozco muy pocas. En esta cuestión tiendo a adoptar la postura más extrema de que *no beber en absoluto y no consumir ninguna otra sustancia (incluyendo la marihuana) es una de las mejores maneras de mantener el bienestar*. Las personas que padecen trastorno bipolar son extremadamente vulnerables —desde el punto de vista de la estabilidad de su estado de ánimo y de su conducta— incluso a cantidades pequeñas de ciertas

sustancias (véase el capítulo 5), sobre todo si consumen alcohol u otras sustancias cuando su estado de ánimo ya empieza a fluctuar.

Hay muchas personas con trastorno bipolar que, como Ruth, tienen un diagnóstico paralelo de abuso o dependencia del alcohol o de otras sustancias (un «diagnóstico dual»). Los individuos con diagnóstico dual deben aprender a abstenerse de estas sustancias porque los dos trastornos se pueden reforzar mutuamente, como le pasaba a Ruth. Si una persona con trastorno bipolar ya ha tenido problemas con el alcohol u otras sustancias, lo mejor que puede hacer es inscribirse en un programa de Alcohólicos Anónimos (como hizo Ruth) o de Toxicómanos Anónimos. Estos grupos ofrecen recursos muy potentes que permiten mantener la abstinencia. Si a una persona no le gustan los grupos, hay otros programas (como la entrevista motivacional; Miller y Rollnick, 2002) basados en una terapia individual.

Spencer, de 45 años de edad, había luchado contra su afición a la bebida durante muchos años. Sin embargo, tras asistir a unas sesiones de terapia informativa de pareja sobre el trastorno y tras llevar un registro de su estado de ánimo, aprendió a reconocer las señales que indicaban el inicio de los ciclos: un leve aumento de la irritabilidad, aletargamiento e insomnio. Aprendió a beber cerveza sin alcohol durante los ciclos aunque estuviera en compañía de su esposa y de amigos que bebían. Al final dejó la bebida por completo. Así es como resumía su experiencia:

> Solía tomarme un par de copas cada noche, y lo hice durante muchos años. Al final llegué a la conclusión de que no podía más. No fue una decisión de carácter moral: simple y llanamente, beber me dejaba con el ánimo por los suelos. Dos días después de beber, aunque hubiera sido muy poco, aún me sentía irritado con todo el mundo y agotado emocionalmente: lo único que quería era dormir todo el día. Estaba pagando un precio demasiado alto. Pero antes de poder dejarlo tuve que sufrir la prueba de que el alcohol me estaba destrozando la vida, que era algo que no tenía por qué hacerme a mí mismo. Al final vi que el alcohol era lo que más contribuía a mi ira y a mis problemas con la gente. Sin el alcohol puedo decidir qué quiero hacer con mi ira; ahora tengo poder para hacerlo. Con el alcohol, es la ira quien tiene poder sobre mí.

Muchas personas abrigan creencias erróneas sobre el trastorno bipolar y el abuso del alcohol u otras sustancias. En el recuadro de esta misma página se detallan algunas de ellas.

He oído a personas con trastorno bipolar afirmar que la marihuana o la cocaína son tan eficaces como el Depakote para controlar el estado de ánimo. Dicen que el alcohol las tranquiliza, que reduce su ansiedad o alivia su depresión; dicen que la marihuana las anima cuando están deprimidas. Un paciente me dijo una vez: «Para mí, el alcohol es como las cuerdas que impiden que un globo se eleve... y por otro lado es como un disfraz que oculta la depresión».

Algunas personas consumen alcohol u otras sustancias para sentirse mejor, pero el hecho de que estas sustancias realmente actúen así —en lugar de empeorar su estado de ánimo— es otra cuestión. Sabemos que el alcohol empeora la depresión (como en los ejemplos que hemos visto antes). Las personas que tienen trastorno bipolar y problemas de alcohol tienen más ciclos rápidos, más síntomas mixtos y más ansiedad o angustia que las que no beben. El alcohol también puede interferir con el sueño y empeorar los estados maníacos.

Muchas personas afectadas suponen, al igual que Ruth, que primero sufrieron una depresión y que después recurrieron al alcohol o a otras sustancias como si fueran una especie de «automedicación» para tratar la depresión. Sin embargo, para muchas personas que padecen trastorno bipolar, es el abuso del alcohol lo que precede a la de-

Creencias erróneas sobre el trastorno bipolar y el abuso del alcohol o de otras sustancias

- El alcohol y otras sustancias se pueden usar como estabilizadores del estado de ánimo.
- Algunas de las llamadas «drogas duras» como las anfetaminas, el LSD o la cocaína pueden usarse como antidepresivos.
- Estas sustancias no pueden empeorar el trastorno de la persona si su estado de ánimo ha sido estable.

presión y no al revés (Strakowski y otros, 2000). Muchas personas acaban cayendo en un círculo vicioso: beben mucho y acaban deprimidas y angustiadas, y luego dejan de beber y vuelven a experimentar síntomas depresivos o de angustia que se pueden atribuir al hecho de haber dejado de beber. Es entonces cuando intentan «automedicarse» bebiendo más alcohol para aliviar estos síntomas. Pero este patrón no hace más que empeorar el curso de los dos trastornos.

Aunque es posible que la marihuana no sea tan tóxica como el alcohol para las personas con trastorno bipolar, también puede menoscabar la estabilidad del estado de ánimo. En un estudio realizado por Strakowski y otros (2000), el consumo de marihuana estaba asociado a síntomas maníacos, mientras que el consumo de alcohol estaba asociado a síntomas depresivos. Uno de mis pacientes lo expresaba así: «La marihuana me hace pensar y pensar y pensar, y luego me impide dormir. Es como un catalizador que activa algo en mi interior». La marihuana también puede interferir con la atención, la concentración y la capacidad de la persona de acordarse de tomar la medicación. Algunas personas encuentran que las hace sentirse aletargadas y muy poco motivadas.

Intentando racionalizar su abuso de ciertas sustancias, algunas personas afirman que el LSD, las anfetaminas, la cocaína y las drogas llamadas «de diseño», como el éxtasis, actúan como verdaderos antidepresivos. Dicen que estas sustancias pueden aliviar la depresión mejor que un fármaco antidepresivo típico como el Prozac. Algunos incluso citan estudios según los cuales el LSD estimula la acción de ciertos receptores de la serotonina o que las anfetaminas estimulan y prolongan la actividad de la dopamina, al igual que hacen algunos antidepresivos. Pero lo que hacen es malinterpretar las implicaciones clínicas de estos estudios. Aunque es cierto que muchas sustancias ilegales actúan sobre los mismos neurotransmisores que los antidepresivos, las sustancias ilegales no generan una verdadera estabilidad del estado de ánimo. Al contrario, tienden a producir unas ráfagas de actividad neuronal de breve duración que suelen estar acompañadas de euforia e irritabilidad (como en los estados maníacos o hipomaníacos) en lugar de aliviar verdaderamente la depresión.

Algunas personas con trastorno bipolar consumen drogas para intensificar los aspectos eufóricos y exaltados de sus episodios hipomaníacos o maníacos. Se sienten impulsadas a buscar más estímulos

y novedades. La cocaína y las anfetaminas son las drogas más usadas para este fin. El resultado suele ser el empeoramiento de los síntomas maníacos o mixtos o el inicio de unos ciclos rápidos que acaban desembocando en una hospitalización.

Algunas personas creen que pueden consumir alcohol u otras sustancias si ya llevan algún tiempo sintiéndose bien. Esto era lo que pensaba Ruth, una creencia que solía poner a prueba volviendo a beber en cuanto pasaba por un período de estabilidad anímica. Para ella, la vida de cada día era monótona y gris. De algún modo, los altibajos que le provocaba el alcohol eran preferibles a la sensación de que la vida era aburrida y vacua. Muchas personas con trastorno bipolar cuyo estado de ánimo es estable dicen que el alcohol u otras sustancias mitigan esta sensación de vacuidad. Pero sólo es un alivio temporal porque estas sustancias generan unos estados de ánimo negativos mucho más desagradables que el aburrimiento.

El cuestionario de la página siguiente puede ayudar a una persona afectada a identificar qué la hace beber o consumir otras sustancias (basado en McCrady, 2001). Su objetivo es ayudar a identificar:

- Los «disparadores» de su consumo (por ejemplo, estar con personas a las que se quiere impresionar).
- Los sentimientos y las sensaciones que intentan mitigar mediante este consumo (para muchas personas con trastorno bipolar, la depresión o la ansiedad).
- Las expectativas de la persona.
- Las consecuencias inmediatas de consumir alcohol u otras sustancias (por ejemplo, relajación, seguridad, olvidarse de la medicación).
- Las consecuencias a largo plazo de este consumo (por ejemplo, problemas de sueño, faltar al trabajo, irritabilidad, somnolencia o angustia varios días después).

En otras palabras, beber o consumir otras sustancias es más un suceso en una cadena de sucesos que un acto singular o aislado. Si la persona tiene presente esta consideración, estará en la posición de cambiar esta secuencia. Por ejemplo, Amy aprendió a evitar ciertas situaciones y personas que, en su opinión, hacían que bebiera más. Earl, que fumaba mucha marihuana, aprendió a planificar actividades

Cuestionario para mantener el bienestar: identificar los disparadores del consumo de alcohol o de otras sustancias, las respuestas a estos disparadores, y sus consecuencias

Especifique las bebidas alcohólicas u otras sustancias que consuma con más frecuencia (*ejemplos*: cerveza, vino, marihuana, cocaína).

Especifique las *situaciones* donde es probable que consuma alcohol u otras sustancias (*ejemplos*: solo; con amigos; en fiestas; los viernes por la tarde después del trabajo; con unas personas concretas).

Especifique las *sensaciones* que tiene justo antes de consumir alcohol u otras sustancias (*ejemplos*: depresión, ansiedad, irritabilidad, excitación).

Describa sus *expectativas* sobre los efectos del alcohol u otras sustancias (*ejemplos*: relajación y facilidad de trato con los demás; abordar situaciones difíciles; aliviar la depresión; ayudar a dormir; pensar con más claridad).

Describa las *consecuencias reales* de las últimas veces que ha consumido alcohol u otras sustancias. Intente distinguir entre: 1) los efectos inmediatos (*ejemplos*: relajación, discusiones, alivio de la depresión, mayor sociabilidad) y 2) los efectos a más largo plazo (depresión al día siguiente, resaca o «mono», llegar tarde al trabajo).

Efectos inmediatos:

Efectos a más largo plazo:

para los momentos del día en los que era más probable que se «colocara» (normalmente al final de la tarde, después de salir de clase). También Bethany puso en duda su creencia de que el alcohol mitigaba sus episodios depresivos. Cuando evaluó de una manera sistemática las consecuencias de beber, vio que al principio se sentía mejor pero que más adelante se sentía irritable y deprimida. De este modo, empezó a ver el alcohol como una causa, y no como un efecto, de sus problemas de estado de ánimo.

Consejo nº 4 para mantener el bienestar: contar con apoyos familiares y sociales

Candace, una mujer de 49 años de edad con trastorno bipolar II, padecía desde hacía tiempo una depresión que no conseguía aliviar con antidepresivos ni con estabilizadores del estado de ánimo. Totalmente frustrada ante la inutilidad de los diversos fármacos que había probado, decidió consultar el problema con un psicoterapeuta, quien le hizo ver que estaba totalmente aislada en el plano social: había roto con su novio dos meses antes, tenía pocos amigos o conocidos, y había perdido el contacto con sus padres y sus dos hermanas. El psicoterapeuta le propuso que probara algunas actividades sociales nuevas, algo que Candace rechazó de plano. Se pasaba los fines de semana sola en su casa donde, según decía: «Los pensamientos se me comían viva».

Candace tenía pocas aficiones en aquella época, pero había jugado a fútbol en la universidad. Al final, y muy a regañadientes, se unió a un grupo de hombres y mujeres que jugaban a fútbol los fines de semana. Al principio se sentía muy incómoda. «Esa gente no me va», comentaba. Pero aunque las primeras veces tuvo que obligarse a acudir a los partidos, poco a poco fue viendo que los fines de semana se iban estructurando cada vez más gracias a la práctica del fútbol. Aunque nunca llegó a admitir que disfrutaba en compañía de sus compañeros de equipo, notó que su estado de ánimo mejoraba cuando estaba con ellos. Al principio pensaba que ello se debía simplemente al ejercicio físico, pero descubrió que su estado de ánimo también mejoraba cuando se reunía con sus compañeros en casa de alguno de ellos para cenar y ver alguna película. Al final se atrevió a revelar que sufría este trastorno a algunos de ellos, que «contra lo que me esperaba, prácticamente ni se inmutaron». Con el tiempo, el grupo se fue convirtiendo para ella en una especie de familia y empezó a salir con uno de los hombres. Después de jugar con el equi-

po durante seis meses, en una de sus sesiones de psicoterapia reconoció que, si bien su depresión crónica no había desaparecido, era mucho más soportable que antes de establecer estas nuevas relaciones.

El apoyo social —sentir una conexión emocional con personas con las que interaccionamos con frecuencia— es un importante factor de protección contra la depresión. En un estudio de varias personas que padecían trastorno bipolar, Sheri Johnson y sus colegas concluyeron que, después de un episodio depresivo, las personas que contaban con un buen sistema de apoyo social se recuperaron con más rapidez y sufrieron unos síntomas depresivos menos graves, a lo largo de los seis meses del estudio, que las personas con un sistema de apoyo precario o inexistente (Johnson y otros, 1999). Se han encontrado unos resultados similares en estudios de personas con depresión mayor (por ejemplo, Brown y Harris, 1978). En otras palabras, si una persona afectada de trastorno bipolar cuenta con un grupo de personas que conoce bien, que ve con cierta frecuencia y a las que puede confiar que padece este trastorno, estará más protegida contra los efectos del trastorno.

Evidentemente, hay personas que tienen una tendencia natural a relacionarse con los demás y hay otras que prefieren estar solas. De todos modos, cuando una persona está deprimida suele serle difícil interaccionar con alguien más. Si una persona afectada no cuenta con un sistema de apoyo social cuando se encuentra bien, puede serle difícil que alguien le tienda la mano y le ofrezca la ayuda que necesite cuando caiga en la depresión. Del mismo modo, mantener un contacto periódico con el grupo de apoyo social cuando la persona se siente bien le será de gran ayuda para prevenir futuras depresiones. Cuando la persona se enfrenta a los inevitables conflictos que se plantean con familiares o compañeros de trabajo, el hecho de contar con amigos y parientes que le presten apoyo, consuelo y seguridad le permitirá contrarrestar estos conflictos y minimizar su impacto.

No deseo simplificar las cosas en exceso dando a entender que lo único que cuenta es tener a alguien a mano. Como decía en el capítulo 5, unos niveles elevados de conflicto con las personas más próximas, sobre todo con los familiares, suelen pronosticar un curso más difícil de la enfermedad. Lo que mejor protegerá a una persona de la depresión es una relación con su círculo más íntimo basada en la com-

prensión y en el respeto mutuo, y unas relaciones sociales simples y tranquilas. Naturalmente, esto no siempre es posible. En el capítulo 12, dedicado a las relaciones con la familia y con los compañeros de trabajo, se presentarán técnicas y modos de actuación para que las personas afectadas puedan maximizar la influencia positiva de su sistema de apoyo social.

El círculo íntimo

Como veremos en los próximos capítulos, el apoyo social que recibe una persona afectada de trastorno bipolar es fundamental para que pueda mantener bajo control los ciclos de su estado de ánimo. Pero antes será conveniente identificar quiénes son o pueden ser estas personas.

Para ello es muy útil rellenar el cuestionario de la página siguiente, «Identificar el círculo íntimo». ¡Mucha gente se sorprende al observar sus propias respuestas! Para algunas personas, este círculo íntimo puede ser la congregación de su parroquia; para otras, un grupo o una asociación dedicada a una afición concreta (como en el caso de Candace). Para otras es un número reducido de familiares o amigos íntimos. Pero lo que protege a una persona ante una posible depresión no es tanto la cantidad de personas a las que puede acudir como la calidad de las relaciones y la frecuencia del contacto con ellas.

Mantener amistades evitando el alcohol u otras sustancias

¿Qué ocurre si el círculo social de una persona fomenta el consumo del alcohol o de otras sustancias? En estos casos, prescindir del alcohol, de otras drogas duras o incluso de la marihuana puede tener unas claras repercusiones negativas de carácter social. Por ejemplo, a algunas personas les es muy difícil salir con sus amigos y no beber (como en el caso de Amy). Algunas dicen que sus amigos no comprenden sus intentos de dejar la bebida. En estos casos, lo mejor es exponer claramente la situación a uno o más amigos de confianza. ¿Comprenden estas personas las características del trastorno y el impacto que el alcohol u otras sustancias pueden tener en él?

Identificar el círculo íntimo

Escriba en la columna izquierda los nombres de las personas a las que considera *amigas*, es decir, que le merecen confianza (con las que puede hablar y que le prestan apoyo emocional) y con quienes mantiene contacto personal o telefónico por lo menos una vez a la semana. Escriba sus números de teléfono en la columna de la derecha.

Escriba en la columna izquierda los nombres de los *familiares* que ve con frecuencia y que le merecen confianza. Escriba sus números de teléfono en la columna de la derecha.

Si tiene algún problema (como una emergencia médica) y necesitara la ayuda de una persona, ¿a quién es más probable que llame y en qué orden? (Escriba su nombre en la columna izquierda por orden de preferencia.) Escriba sus números de teléfono en la columna de la derecha.

¿Hay uno o más *grupos* de personas que puedan ayudarle a sentirse menos solo o a los que acudir en caso de emergencia? (*Ejemplos*: grupos de parroquia, grupos de apoyo como Alcohólicos Anónimos, grupos o asociaciones dedicadas a ciertas actividades [como manualidades, cocina, idiomas o deportes].)

Si una persona afectada no tiene la confianza suficiente para exponer la situación a sus amigos, es recomendable que piense alguna otra justificación para explicar su deseo de dejar de beber. Hoy en día, mucha gente respeta y comprende el deseo de mejorar la salud física y mental, por lo que si una persona dice que quiere perder peso o que beber por la noche le impide tener la mente despejada o rendir bien en el trabajo a la mañana siguiente, podrá conseguir que sus amigos dejen de insistir.

Muchos de mis pacientes me dicen que dejar el alcohol o cualquier otra sustancia hace que las relaciones con algunas personas lleguen a ser bastante incómodas. Sin embargo, muy pocas se sienten rechazadas por sus amigos si éstos comprenden sus motivos: se abstienen de consumir estas sustancias porque desean cuidarse, no para juzgar a los demás ni para sentirse superiores a ellos.

* * *

Lo mejor es plantearse el control del trastorno como si fuera un proceso por etapas. Algunas técnicas se aplican mejor cuando la persona se siente bien (véase este mismo capítulo) y otras són más aplicables durante las distintas fases del trastorno (capítulos 9-11). En los capítulos anteriores he destacado la importancia de seguir con constancia el régimen de medicación y las sesiones de psicoterapia. Las distintas estrategias para mantener el bienestar presentadas en este capítulo —llevar un registro del estado de ánimo, seguir unas rutinas diurnas y nocturnas, evitar el alcohol y otras sustancias, y contar con apoyos sociales— pueden reforzar la eficacia del tratamiento psiquiátrico para estabilizar el estado de ánimo. En los próximos tres capítulos veremos cómo se pueden aplicar y adaptar estas técnicas cuando una persona afectada siente que su estado de ánimo empieza a elevarse o a descender.

9

¿Qué hacer cuando se inicia un episodio maníaco?

Robert, de 45 años de edad, dirigía con éxito una empresa de arquitectura paisajista. Había sufrido tres episodios maníacos durante los cuatro años que llevaba con su actual novia, Jessie, con quien estaba viviendo. Dos de sus episodios acabaron con un ingreso en el hospital. Mantenía un estrecho contacto con los dos hijos de un matrimonio anterior: Angie, de 18 años de edad, y Brian de 22. Jessie no tenía ningún hijo.

Antes de su episodio maníaco más reciente, tras el que había sido hospitalizado, había reconocido un conjunto claramente identificable de señales de advertencia. La primera señal que dijo haber notado era que perdía el interés en el trabajo y que estaba muy irritable con sus compañeros, de los que empezaba a desconfiar. Y era un momento muy inoportuno para perder el interés; su empresa iba viento en popa gracias a su participación en un nuevo proyecto de urbanización. Decía que durante las fases iniciales de este episodio maníaco era consciente de que algo iba mal: su pensamiento estaba acelerado y no paraba de tener grandes ideas. Pero aún podía dormir casi toda la noche y no consideró oportuno acudir a su psiquiatra.

Según Jessie, Robert se volvió «demasiado expresivo» y «adoptó esa postura de dominio tan suya» durante la semana previa a la hospitalización. Por ejemplo, asistió a un partido de baloncesto de Angie y fue «el espectador más ruidoso de las gradas, hasta el punto de que el entrenador acabó pidiéndole que se marchara». Y una noche que salió a cenar con Jessie a un establecimiento de comida rápida, Robert prácticamente «pidió a gritos» el menú a la camarera, aunque luego se disculpó. Jessie habló con Robert de la escalada que había observado en su conducta y Robert admitió que estaba muy «marchoso», pero que también se sentía bien: «Estoy viendo las cosas con más claridad que nunca».

Al final se pusieron de acuerdo en que Robert debía llamar a su médico, a quien hacía casi un año que no veía. Al hablar con Robert por teléfono, el médico no le preguntó por su estado de ánimo y se centró en los sentimientos que le provocaba la situación en el trabajo. Al final, concluyó: «Necesitas descansar un poco. Pareces agotado». No recomendó ningún cambio en su régimen de medicación, que consistía en unas dosis relativamente bajas de Depakote y de verapamilo (Isoptin, un bloqueador del canal de calcio).

Las cosas empeoraron de repente cuando Robert, irritado porque su hijo Brian no había devuelto sus llamadas, bajó a buscarle a la tienda de discos donde trabajaba. Robert y Brian mantuvieron dentro de la tienda una trifulca verbal con insultos tan fuertes que el jefe de Brian les dijo muy enojado que fueran «a pelearse a otra parte». Brian se quedó muy disgustado y le dijo a Robert que nunca más volviera a poner los pies en la tienda.

Durante los días siguientes, la conducta de Robert experimentó una escalada espectacular. Sus movimientos eran rápidos y frenéticos. Siempre estaba enfadado y con ideas paranoicas, e incluso le dio por insistir una y otra vez en que emprendería una exitosa carrera musical, aunque sólo había tocado la guitarra de vez en cuando, por pura afición. Se compró una carísima guitarra eléctrica Fender Stratocaster, pero, acto seguido, y de una manera totalmente impulsiva, la cambió por otra que valía mucho menos. Él y Jessie empezaron a tener unas discusiones muy fuertes en las que, según Robert, «Jessie adoptaba ese tono tan suyo de enfado y resentimiento, distante pero al mismo tiempo controlador y sabelotodo». En un arrebato, Robert se marchó de casa y se fue a vivir a su despacho. Una noche llamó a Jessie, llorando a lágrima viva, diciéndole que estaba aterrorizado porque pensaba que se moría o que se acabaría matando él mismo. Jessie avisó a la policía, que al llegar lo encontró en su oficina mirando fijamente al techo. Desde allí le acompañaron al hospital, donde se quedó durante dos semanas antes de recibir el alta con un nuevo régimen a base de Depakote (a dosis más elevadas) y de Zyprexa (un fármaco antipsicótico).

Un episodio maníaco puede trastocar por completo la vida de una persona. Puede provocar la ruina económica, acabar con el matrimonio u otras relaciones prolongadas, minar la salud, dar origen a problemas legales e incluso a la pérdida del trabajo. Asimismo puede llevar a la muerte. Las secuelas pueden ser muy duraderas: William Coryell y sus colegas del Medical Center de la Universidad de Iowa (1993) encon-

traron que los efectos sociales y laborales de un episodio maníaco se siguen notando hasta cinco años después de su final.

Muchas personas, cuando piensan en su último episodio maníaco, suelen recordarlo como algo muy excitante o estimulante mientras lo vivían. Algunas de ellas querrían volver a experimentar aquel estado por la sensación de euforia, energía y seguridad que lo acompañaba (véase también el capítulo 7). Cuando su estado de ánimo estaba en plena escalada, es probable que sus pensamientos les parecieran muy ingeniosos y con mucho sentido, aunque los demás los encontraran extraños. Seguramente disfrutaron de la sensación de estar muy motivadas y llenas de energía. Puede que muchas de ellas se dieran cuenta de que estaban entrando en un ciclo maníaco, pero no querían renunciar a esa sensación embriagadora. Esto es lo que le ocurría a Robert y lo que les ha sucedido a muchas otras personas afectadas de trastorno bipolar con las que he trabajado.

Es probable que, al mirar hacia atrás, estas personas digan que si hubieran podido impedir, o por lo menos minimizar, el daño ocasionado por sus episodios maníacos, lo hubieran hecho sin duda alguna. Después de su estancia en el hospital, Robert sintió muchos remordimientos por el daño que sus episodios maníacos habían causado: Jessie amenazaba con dejarle y su hijo Brian no se hablaba con él. También se habían resentido las relaciones con sus empleados.

Si una persona no ha sufrido episodios maníacos o mixtos y sólo ha tenido algún episodio hipomaníaco (es decir, si sufre un trastorno bipolar II), es probable que los daños resultantes no hayan sido muy graves. No obstante, también puede que haya descubierto que los episodios hipomaníacos, al igual que sus parientes más graves, suelen ir seguidos de un episodio depresivo mayor. El dicho según el cual «Todo lo que sube baja» se aplica al pie de la letra a los procesos asociados al trastorno bipolar.

A causa de sus bases biológicas, es imposible impedir que se produzcan nuevos episodios maníacos o hipomaníacos. *Pero es posible controlar su gravedad y limitar el daño que pueden causar. Se pueden prevenir aprendiendo a reconocer* cuándo *empiezan a ocurrir para entonces aplicar planes encaminados a impedir que vayan más allá.* En el caso de Robert, hubo un breve período en el que las señales de aviso estaban bastante claras y se podría haber hecho algo más para prevenir su evolución hacia un verdadero episodio. Más adelante, en este

mismo capítulo, veremos cómo aprendieron Robert y Jessie a prever y evitar los peores síntomas maníacos.

Si una persona puede aplicar con éxito un plan para prevenir los episodios maníacos o rebajar su intensidad, es prácticamente seguro que notará una mejora en su vida familiar, laboral y social. Algunos aspectos de este plan supondrán que la persona afectada deba hacer algunas cosas por su cuenta. Otros exigirán acciones por parte de sus familiares y allegados. Y otros implicarán alguna acción por parte del médico o el psicoterapeuta (si tiene uno). *Cuando un estado maníaco inicia una escalada y se empieza a intensificar, la ayuda de los demás será necesaria porque a la persona afectada le será muy difícil refrenarse*. Es mejor que la persona afectada haga estos planes para prevenir las recidivas o recaídas cuando se encuentre bien, porque cuando se encuentre en plena escalada le será muy difícil reconocer los peligros potenciales asociados a su conducta y saber qué debe hacer para atajar el ciclo ascendente.

En cierto sentido, la evolución de un episodio maníaco es como un tren que sale de la estación. Si el tren empieza a moverse y hay alguien que desea bajar, el revisor aún tiene tiempo de pararlo porque aún no ha alcanzado una gran velocidad. Pero si espera demasiado el tren ya estará lanzado y nadie podrá bajar hasta que se detenga por su cuenta o se acabe estrellando. Lo mismo ocurre con los episodios maníacos. La clave está en ser capaz de notar que el tren empieza a moverse para intentar bajarse de él antes de que sea demasiado tarde.

Plan para la prevención de recidivas

¿Hasta qué punto es importante que la persona afectada pueda saber si se está iniciando un episodio maníaco? En un estudio se encontró que había dos pronosticadores del reingreso en el hospital a causa de un trastorno bipolar: no seguir la medicación y no saber reconocer las primeras señales de una recidiva (Joyce, 1985). Desde una perspectiva más optimista, en otros estudios se ha visto que las personas estudiadas con trastorno bipolar que habían recibido formación para aprender a identificar las primeras señales que indican el inicio de un episodio maníaco, con el fin de buscar a tiempo algún tipo de asistencia, tenían menos probabilidades de sufrir recidivas maníacas plena-

mente desarrolladas durante los dieciocho meses siguientes y llevaban una vida social y laboral mejor que las personas que no habían recibido esta clase de formación (Perry y otros, 1999). Como comentó Robert cuando él y Jessie empezaron a aplicar con éxito un plan para la prevención de recidivas: «Cuando me encontraba en pleno episodio maníaco pensaba que era yo quien llevaba las riendas, pero quien mandaba en realidad era la enfermedad. Ahora que soy capaz de frenarme a tiempo, sí que puedo decir que las riendas las llevo yo».

En este capítulo expondré una estrategia formada por tres pasos o etapas para bajar del tren a tiempo, antes de que un episodio maníaco se desarrolle demasido. Este método, llamado originalmente «Ejercicio para la prevención de recaídas», fue desarrollado por Alan Marlatt y Judith Gordon (1985) para el tratamiento de las recaídas en el alcoholismo, pero lo hemos aplicado con éxito en nuestros estudios del tratamiento centrado en la familia para personas que padecen trastorno bipolar (Miklowitz y Goldstein, 1997; Rea y otros, 2001; véase el capítulo 6). También hay otro ejercicio parecido que es un elemento esencial del programa de «asistencia en colaboración» que siguen los pacientes del Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder del NIMH (Sachs, 1998; Otto y otros, 1999).

Los ejercicios para la prevención de recidivas o recaídas son como los ejercicios o simulacros de incendio de las escuelas u otras organizaciones. Como en ellos, los ejercicios se formulan cuando todo va bien para saber qué se debe hacer exactamente en caso de emergencia y suponen una serie de pasos encaminados a evitar los daños que podría acarrear el suceso previsto:

- Identificar los síntomas prodrómicos.
- Especificar medidas preventivas.
- Preparar un plan o contrato por escrito donde se detallen los procedimientos preventivos.

En el primer paso —identificar los síntomas prodrómicos— el afectado escribe una lista (normalmente con la ayuda de otras personas) de las primeras señales que indican el comienzo de un episodio maníaco. La identificación de estas señales iniciales también puede suponer el reconocimiento de las circunstancias que provocan estos síntomas (por ejemplo, beber mucho, saltarse la medicación, no asistir a

las sesiones de psicoterapia o a las visitas concertadas con el médico, trabajar bajo unas condiciones estresantes).

En el segundo paso —especificar medidas preventivas— la persona explora con sus familiares las mejores medidas a tomar cuando aparezcan uno o más síntomas prodrómicos (por ejemplo, llamar al psiquiatra, acudir al servicio de urgencias, dejar los hijos al cuidado de otras personas). Todas estas acciones suponen la participación del paciente, de su médico y de sus familiares y allegados (véanse también los ejemplos de los siguientes apartados).

En la tercera etapa o fase, la persona afectada, sus familiares y allegados, y su médico ponen en común los datos reunidos en los dos pasos anteriores y desarrollan un plan por escrito, una especie de contrato, que especifica qué hacer cuando el paciente sienta que se está iniciando un episodio maníaco. Es importante que los principales «protagonistas» tengan acceso a este contrato para que puedan ayudar a la persona a entrar en acción cuando empiece a experimentar un episodio, ya que es en esos momentos cuando es menos probable que el afectado busque ayuda.

Este capítulo se centra exclusivamente en la prevención de los episodios maníacos, pero también es aplicable a la prevención de episodios hipomaníacos, ya que suelen ofrecer unas señales de advertencia similares y se pueden prevenir empleando prácticamente las mismas estrategias preventivas. En los próximos dos capítulos se presentarán estrategias para prevenir las depresiones o minimizar sus efectos. Pero antes de entrar en los detalles concretos de la preparación y redacción del contrato, abordaré una cuestión muy delicada que muchas personas afectadas se plantean tarde o temprano: la incomodidad que les puede suponer el hecho de tener que recurrir a los demás cuando empiezan a sufrir un episodio.

La ayuda de los demás

> Empiezo a gritar y luego, de repente, vuelvo a estar contenta, el sueño se me trastoca por completo y el pensamiento se acelera tanto que no lo puedo seguir. Me siento muy animada y motivada. Pero lo más extraño es que ni siquiera me doy cuenta de que estoy enferma y me pregunto por qué debo tomar la medicación si no lo estoy. Mi marido es el que lo

> nota primero; luego es mi hermana y después mis amistades más íntimas. Yo siempre soy la última en darme cuenta de que estoy empezando a sufrir un episodio maníaco.
>
> *Mujer de 33 años de edad con trastorno bipolar I*

La pérdida de la perspectiva de la propia vida y de la propia conducta es uno de los signos neurológicos de los estados maníacos: la persona afectada no ve nada anormal en su conducta cuando se encuentra en el apogeo de un episodio y, a veces, ni siquiera durante el proceso ascendente o descendente antes y después de cada uno (Ghaemi y otros, 1995). Es un fenómeno muy parecido al de las personas que sufren un derrame cerebral pero no son conscientes de los fallos de memoria que le siguen o al de las personas hipnotizadas que no se dan cuenta de que actúan de una manera distinta a la habitual. A causa de esta falta de conciencia, los familiares más cercanos de la persona afectada (padres, hermanos y cónyuge o pareja) y sus amigos más íntimos suelen ser los primeros en darse cuenta del inicio de un episodio maníaco al observar algunos aspectos de su conducta que la persona misma es incapaz de notar (véanse los comentarios de algunos familiares en las págs. 262-263). Por esta razón, es fundamental que estas personas participen en los tres pasos del procedimiento para preparar el plan de prevención de recidivas. Recuérdese que en el capítulo 8 se presentaba un cuestionario para que las personas afectadas especifiquen los familiares y amigos a quienes pueden acudir en caso de emergencia.

Los parientes más cercanos deberían participar en el cuidado de cualquier persona que sufra una enfermedad crónica, independientemente de que sea un trastorno mental o una enfermedad más tradicional. Gracias a la investigación de la psicología de la salud sabemos que las personas que mejor se cuidan son las que tienden a pedir a sus familiares que les ayuden a modificar sus hábitos perjudiciales. Por ejemplo, los familiares les animan a comer de una manera más sana, a que dejen de fumar o a que hagan ejercicio con más regularidad. Sin embargo, hacer participar a otras personas es una espada de dos filos: es probable que aceptar la ayuda o la supervisión de otros genere en el afectado cierto grado de incomodidad o de presión psicológica (Lewis y Rook, 1999).

¿A qué se debe esta sensación de incomodidad o de presión? A casi nadie le gusta la idea de que otras personas —sobre todo los familiares más cercanos— ocupen una posición de autoridad cuando el trastorno se empieza a activar. En los casos más extremos, es como someterse a esos otros individuos y cederles la propia independencia. Se trata de una reacción muy comprensible que comparten muchas personas afectadas por distintas enfermedades. Por ejemplo, los pacientes diabéticos que dependen de la insulina detestan la idea de que otra persona les pueda administrar una inyección por cualquier razón. De la misma forma, a la mayoría de las personas hipertensas o que sufren alguna enfermedad cardiovascular no les gusta nada la idea de que su cónyuge u otro familiar supervise o controle su alimentación o la cantidad de sal que ingieren.

Las personas que padecen trastorno bipolar parecen ser especialmente propensas a pensar de esta manera. He oído decir a muchos de mis pacientes que detestan la idea de ceder el control a otras personas, independientemente de que sean la pareja, el cónyuge, el médico o (sobre todo) los padres. Creo que hay varias razones por las que esta cuestión relacionada con el control es tan importante para quienes padecen trastorno bipolar. En primer lugar, cuando estas personas experimentan la sensación de caos interno que genera las fluctuaciones de su estado de ánimo, puede que sea especialmente importante para ellas sentir que por lo menos tienen el control de su mundo exterior. En segundo lugar, la sensación de confianza y de poder propia de las primeras y últimas fases de los episodios maníacos hacen que la persona afectada sea especialmente propensa a rechazar los consejos, las opiniones o la ayuda directa de otros. En tercer lugar, muchos de los que padecen un trastorno bipolar han tenido malas experiencias en el pasado, cuando otras personas, la mayor parte de las veces con la mejor de las intenciones, han pretendido imponerles su control durante alguna emergencia.

Si la reacción de una persona afectada a la participación de otras es negativa, hará bien en reflexionar sobre la causa de estos sentimientos. ¿Qué es lo que más le molesta o le preocupa de tener que recurrir a los demás? ¿El problema se refiere realmente al control o a la autonomía personal? ¿Quizá tiene que ver con la competición? ¿Teme que la ayuda suponga alguna condición? ¿O quizás ocurre lo contrario y cree que ya ha abusado demasiado de los demás? Por ejemplo, al hablar de las personas a las que acudirían en caso de emergencia, algunos de mis pacientes han dicho: «La única que haría esto por mí es precisamente la persona que no quiero que controle mi vida: mi madre»; «En la relación que tengo con mi esposa siempre hay algún precio que pagar. Si me apoyo en ella, me lo hará devolver de alguna manera»; «Mi hermano y yo siempre hemos competido. Si le dejara intervenir de algún modo cuando me encuentre en un episodio maníaco sería como decirle: "Has ganado tú"». Es importante que la persona afectada trate de comprender qué es lo que hay en juego cuando busca la ayuda de los demás.

Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, hay varias maneras de hacer que la participación de otros pueda ser más aceptable. *En primer lugar, se debe tener presente que se les pide que intervengan cuando el protagonista empiece a sufrir un episodio, no cuando se sienta bien y viva su vida con normalidad.* El afectado puede temer que si cede el control a otras personas durante un período difícil, pronto acaben controlando otros ámbitos o aspectos de su vida. Quizá tema que su cónyuge u otros familiares estén encima suyo constantemente para asegurarse de que come, duerme, trabaja y hace vida social siguiendo sus reglas. Pero la verdad es que la persona afectada únicamente cede el control sobre un fragmento de su vida y sólo durante los breves períodos en los que experimenta un episodio maníaco. En realidad, puede que lo más oportuno sea dejar muy clara esta cuestión desde el principio, es decir, que sólo pide ayuda para cuando está enferma, no para cuando está bien.

En segundo lugar, lo mejor es intentar conseguir el apoyo de personas con las que no exista una larga historia de batallas por el control. Si un individuo tiene un extenso historial de conflictos con su madre o con su padre en torno a su independencia, será mejor que pida ayuda a sus hermanos o amigos. En su círculo más íntimo habrá personas a las que vea con frecuencia, que puedan notar que las cosas van mal y en las que pueda delegar la toma de decisiones en épocas de crisis.

Un problema práctico que se puede plantear cuando una persona intenta contar con apoyos sociales es que nadie de su círculo más íntimo la vea con la frecuencia suficiente para darse cuenta en poco tiempo de que empieza a mostrar las primeras señales de advertencia. Si el afectado vive lejos de sus familiares o sólo habla con ellos por

teléfono, éstos no podrán observar los cambios sutiles que anuncian un ciclo o pueden carecer de recursos prácticos para prestarle ayuda (por ejemplo, poder entrar en contacto con el médico). Muchos pacientes han abordado este problema dando a sus familiares los números de teléfono de sus médicos con instrucciones para llamarles si observan alguna cosa que les preocupa, o intentando obtener ayuda de sus amigos más íntimos o de personas muy cercanas como, por ejemplo, un compañero de piso.

Cuando una persona afectada no tiene cerca a sus allegados, la autoobservación de su estado de ánimo y de su conducta adquiere la máxima importancia para que pueda buscar ayuda profesional cuando la necesite. Algunas personas se basan en los registros de su estado de ánimo (capítulo 8) para determinar cuándo deben intensificar el contacto con su psicoterapeuta o su médico. Una observación atenta permitirá detectar cambios muy sutiles del estado de ánimo que indiquen el inicio de un nuevo episodio incluso en el breve plazo de unos pocos días. Aunque estas observaciones son subjetivas, permiten dar una base sólida al tratamiento y son claramente preferibles a que la persona no haga caso de su enfermedad y deje que siga su propio curso.

Paso 1: identificar las primeras señales de un episodio maníaco

> Está como desconectado y se muestra retraído. Se vuelve irritable, casi incontenible... Te grita a la cara y te trata de una manera insensible. Parece otra persona. Pero a estas alturas ya lo veo venir enseguida.
>
> *Esposa de un paciente con trastorno bipolar I de 50 años de edad*

> Empiezo a pensar que cometo errores en el trabajo [como técnico de refrigeración]... Empiezo a preguntarme si he conectado mal algún cable y si algún refrigerador puede explotar y causar un incendio... Y ya no sé si pienso las cosas o las digo en voz alta. Hace que me aparte de todo el mundo. Cierro la boca y no digo nada.
>
> *Hombre de 60 años de edad con trastorno bipolar I con síntomas psicóticos*

> Normalmente es una persona tímida, pero cuando empieza un episodio atosiga a los demás, les molesta, se vuelve demasiado afectuosa y efusiva, capaz de contarle toda su vida hasta al cajero del banco... La gente se aparta de ella y me mira a mí, pero ella no se da cuenta de la impresión que da.
>
> *Marido de una mujer de 37 años de edad con trastorno bipolar I*

Definir la fase prodrómica

En el capítulo 2 se decía que el síndrome maníaco supone cambios del estado de ánimo, de los niveles de energía o de actividad, del pensamiento y de la percepción, del sueño y del control de los impulsos. En las fases iniciales de un episodio maníaco puede aparecer cualquiera de estos síntomas. La *fase prodrómica*, que normalmente se define como el período comprendido entre la primera aparición de los síntomas y el momento en el que alcanzan su apogeo, puede durar desde un día o dos hasta una semana o más. Durante esta fase prodrómica, es probable que los síntomas sean leves y no molesten demasiado, por lo que pueden ser difíciles de detectar. En general son versiones «apagadas» de los síntomas típicos de un episodio maníaco propiamente dicho. *Es en esta fase prodrómica cuando el tren empieza a arrancar y cuando la persona tiene más control sobre su destino*. Siempre aconsejo a mis clientes que no teman ser demasiado prudentes: la aparición hasta del síntoma prodrómico más leve suele ser la señal de que hace falta buscar ayuda.

En un estudio de las fases prodrómicas de los episodios maníacos a cargo de Emily Altman y nuestro grupo de UCLA (1992), se observaron personas afectadas de trastorno bipolar durante un período de nueve meses después de su hospitalización, anotando y clasificando sus síntomas cada mes. Algunas sufrieron episodios maníacos durante este período de observación y mostraron unos aumentos muy leves de pensamientos con «contenidos raros» un mes antes de que los episodios llegaran a su apogeo. Estos pensamientos raros se reflejaban en las afirmaciones que hacían estos pacientes en las entrevistas clínicas sobre la influencia de los espíritus, los poderes psíquicos o las llamadas ciencias ocultas; en sus planes exageradamente optimistas para ganar mucho dinero con rapidez; en su sensación de que los demás los observaban o se reían de ellos; o en su creencia de que su mente

era más aguda que la de los demás (en otras palabras, unos síntomas psicóticos leves). Estas alteraciones del pensamiento no eran graves y, en algunas ocasiones, la persona misma admitía que sus ideas sonaban extrañas o poco realistas. Por lo tanto, *cualquier cambio observable en los contenidos del pensamiento y del habla durante el mes anterior a un episodio maníaco puede ser una señal de que se está iniciando un ciclo*.

En un estudio realizado por Grace Wong y Dominic Lam (1999) se pidió a personas con trastorno bipolar que describieran las señales que les habían indicado el inicio de sus anteriores episodios maníacos. Las señales que se citaron con más frecuencia —algo más de un 40 % de los encuestados— eran una disminución de las horas de sueño y un aumento de la actividad. Con menos frecuencia se citaron sentimientos de euforia, un estado de ánimo irritable, un pensamiento acelerado o sentirse más enérgico y ser más productivo (orientación a objetivos) justo antes de los episodios.

Parece que muchas personas con trastorno bipolar pueden describir cómo se comportan cuando sufren un episodio maníaco, por lo menos cuando se les pregunta después. Pero la pregunta más difícil es: ¿cómo saber de antemano qué síntomas se deben buscar? *Una manera de aumentar la probabilidad de que la persona afectada o quienes la rodean puedan detectar los inicios de un episodio es hacer una lista, cuando la persona se siente bien, de las primeras señales de advertencia que se recuerden de los últimos episodios*. En otras palabras, es necesario que el afectado aproveche la perspectiva que tiene de su enfermedad cuando se encuentra bien. Esta objetividad sería mucho más difícil de conseguir si la persona se encontrara en pleno episodio, por lo que tener a mano una lista de este tipo puede ayudarle a ver los cambios de su estado de ánimo, de su pensamiento y de su conducta de una manera diferente. Pronto hablaremos de lo que una persona afectada puede hacer cuando se manifiestan estas señales prodrómicas.

El siguiente cuestionario es muy útil para empezar a detallar los síntomas prodrómicos. Sin embargo, las señales de advertencia de cada persona pueden ser diferentes de las presentadas en el cuestionario. Nancy experimentaba los inicios de sus episodios hipomaníacos como un aumento de su sensación de ansiedad y de inquietud. Pete decía que, a pesar de sentirse muy «marchoso» y estimulado in-

Listado de los síntomas prodrómicos de los estados maníacos o hipomaníacos

Con la ayuda de sus familiares o amigos más cercanos, especifique un par de adjetivos que describan cómo es su estado de ánimo cuando se inician sus episodios maníacos o hipomaníacos (ejemplos: animado, feliz, más despierto, testarudo, susceptible, malhumorado, irritable, eufórico, inquieto, «marchoso», risueño, alocado).

Describa los cambios de su nivel de actividad y de energía cuando se desarrollan sus episodios maníacos («conducta dirigida a objetivos»). Incluya los cambios en su relación con los demás (ejemplos: llama a muchas personas, hace muchos amigos nuevos, se encarga de más proyectos, habla más y con más rapidez, reprende o grita a los demás, se siente muy excitado sexualmente).

Describa los cambios de su pensamiento y de su percepción (ejemplos: pensamientos acelerados o por lo menos más rápidos, sonidos más fuertes, colores más luminosos, creerse capaz de todo, pensar que los demás le observan o se ríen de usted, interesarse más por la religión o por lo oculto, sentirse muy listo y muy seguro de sí mismo, tener muchas ideas para ganar mucho dinero, los demás parecen aburridos, tiene poderes extrasensoriales, piensa en lesionarse o matarse, cavila constantemente, se distrae con facilidad).

Describa los cambios de su patrón de sueño (ejemplos: dormir dos horas menos de lo normal sin sentirse cansado al día siguiente, despertarse muchas veces durante la noche, quedarse hasta tarde y echar alguna cabezada durante el día, no tener necesidad de dormir).

Describa cualquier cosa que haya hecho durante la última semana y que no suele hacer normalmente (ejemplos: gastar o invertir mucho dinero de una manera impulsiva, recibir una o más multas por exceso de velocidad o conducir de una manera imprudente, haber mantenido más relaciones sexuales y/o con más personas, apostar dinero).

Describa el contexto (cualquier cambio, suceso o circunstancia) asociado a estos síntomas (ejemplos: un aumento del estrés en el trabajo, no ser constante con la medicación o dejarla por completo, no acudir a las visitas concertadas con el médico, empezar a consumir alcohol u otras sustancias, iniciar un nuevo proyecto, cambiar el horario de trabajo, viajar a otros husos horarios, más conflictos con la familia o con otras personas, empezar una nueva relación o acabar otra, cambios en la economía personal).

teriormente, se iba retrayendo más a medida que el estado maníaco se intensificaba porque sabía con seguridad que acabaría molestando a los demás. Heather se obsesionaba con una estrella de cine y empezaba «a ver cosas por el rabillo del ojo».

Es importante distinguir las primeras señales que indican el inicio de un episodio maníaco de las que indican el inicio de una depresión, caracterizada porque la persona se suele sentir aletargada, fatigada, muy autocrítica, desesperada o indiferente a todo (véase el próximo capítulo). Holly decía experimentar unos períodos de mayor irritabilidad y ansiedad antes de los episodios maníacos, pero los identificaba erróneamente como señales de una depresión. Antes de tener más información sobre su trastorno, solía automedicarse para aplacar su irritabilidad con medicinas sin receta como el hipérico. Durante un período de «escalada» incluso llegó a convencer a un internista para que le recetara un antidepresivo, lo que no hizo más que empeorar sus síntomas maníacos. Con el tiempo, observó que la irritabilidad y la ansiedad pronosticaban los estados maníacos en lugar de los depresivos y aprendió a recurrir a métodos de prevención más tradicionales, como aumentar las dosis del estabilizador del estado de ánimo que estaba tomando.

Si una persona sólo ha sufrido uno o dos episodios, puede que le sea difícil especificar sus síntomas prodrómicos. Sus familiares o amigos pueden ayudarle, al igual que su médico. En el capítulo 2 comentaba que los estados maníacos pueden parecer muy diferentes a las personas que sufren el trastorno y a sus familiares o sus médicos. Es posible que la persona no esté de acuerdo si sus parientes dicen que sus estados maníacos se caracterizan por una conducta determinada (por ejemplo, su agresividad) o unos patrones dados de pensamiento (por ejemplo, distracción), pero es mejor especificar estas conductas o patrones si pueden servir de algún modo para que sus familiares puedan detectar el inicio de sus episodios. Del mismo modo, es conveniente que la persona afectada especifique sus propias ideas sobre las primeras señales de advertencia o las circunstancias asociadas aunque no coincidan con lo que piensen sus familiares.

Robert, el hombre del que hablábamos al principio de este capítulo, decía que se sentía muy excitado sexualmente y que el pensamiento se le aceleraba antes de que su estado de ánimo cambiara. Su novia Jessie lo veía de otra manera: decía que al principio estaba muy irritable y que luego se ponía muy impertinente y gritón. Otra persona

con trastorno bipolar, Tom, decía que sus episodios maníacos casi siempre giraban en torno a cuestiones religiosas y presentaban unos toques de paranoia. Sin embargo, según sus padres, «su mirada adquiría un aspecto extraño» y «no dejaba de murmurar en voz baja». El médico que trataba a Alan, el técnico de refrigeración de 60 años de edad que temía que los demás pudieran oír lo que pensaba, creía que su primera señal prodrómica era «un aire de alegría y optimismo». Esta clase de caracterizaciones son útiles para acabar de definir el aspecto o cualidad de las fases prodrómicas de una persona desde su propio punto de vista y desde el punto de vista de los demás.

Si una persona padece un trastorno bipolar II, puede que se pregunte si sus estados hipomaníacos realmente tienen un principio y un final definidos claramente. Los episodios hipomaníacos pueden ser muy sutiles, y, puesto que no interfieren demasiado en la actuación cotidiana de la persona, pueden ser difíciles de distinguir de su estado normal. Sin embargo, incluso los episodios hipomaníacos suponen unos cambios observables de carácter físico, cognitivo y emocional. Los síntomas prodrómicos típicos de un episodio hipomaníaco son pérdida de sueño (a veces un simple cambio de una o dos horas), aumento de la energía, pensar y hablar más deprisa, e irritabilidad o impaciencia. Si lo piensan detenidamente, muchas personas podrán recordar la última vez que se produjeron estos cambios y quizá notaron que algo iba diferente.

Identificar el contexto en el que se producen las señales de advertencia

Puede que sea más fácil describir las señales prodrómicas si también se registra información sobre el contexto en el que surgen. Por ejemplo, Robert creía que su irritabilidad durante el último episodio estaba muy relacionada con las mayores exigencias de su trabajo y con el malestar que habían expresado sus compañeros, que habían empezado a presionarle por las perspectivas económicas de la empresa. Para Ruth (véase el capítulo 8), sus ciclos maníacos casi siempre estaban precipitados por el alcohol, aunque fuera en pequeñas cantidades. En el anterior cuestionario hay un espacio para anotar cualquier circunstancia (normal o infrecuente) que actúe como disparador y que la

persona misma, o cualquiera de sus parientes, considere relacionada con las señales iniciales de advertencia.

Identificar las circunstancias asociadas a los episodios maníacos que la persona afectada haya sufrido anteriormente pueden ayudarle a minimizar el impacto del siguiente episodio que pueda sufrir. Si la persona sabe que hay una circunstancia concreta (por ejemplo, una carga superior de trabajo durante las fiestas de Navidad) asociada a su último episodio (aunque no crea que haya provocado el episodio), estará más atenta a sus sensaciones o a su conducta cuando vuelva a encontrarse ante la misma fuente de estrés o ante una fuente similar (por ejemplo, la próxima vez que sepa que su trabajo le exigirá más dedicación). Esta atención podrá ayudarle a determinar cuándo debe pedir asistencia médica o de otro tipo.

Teresa trabajaba de contable y acabó dándose cuenta de que la época de liquidación de impuestos, con una jornada laboral mucho más larga, disparaba sus episodios maníacos. En consecuencia, antes de la siguiente campaña fiscal su médico le recetó un tranquilizante (en este caso, Seroquel) por si se veía incapaz de dormir, se le aceleraba el pensamiento o se sentía demasiado obsesionada con el trabajo. También solicitó —y obtuvo— unos cuantos días de descanso en medio de la campaña, cuando sintió que su estado de ánimo empezaba a elevarse. Al final pudo superar la campaña fiscal sin sufrir ningún episodio propiamente dicho, aunque era consciente de encontrarse en un estado de energía subyacente que la medicación sólo pudo aplacar en parte.

Paso 2, parte A: medidas preventivas que puede tomar una persona afectada por sí sola o con ayuda de los demás

Este apartado se centra en las medidas preventivas que puede tomar una persona afectada por sí sola o con la ayuda de sus allegados cuando se manifieste alguna señal de advertencia. He separado este apartado del siguiente (parte B), que se refiere a buscar la ayuda del médico y del sistema de salud mental. Después uniremos los pasos 1 y 2 en un contrato escrito (paso 3).

No todos los pasos preventivos que se exponen a continuación son aplicables a todas las personas afectadas. Por ejemplo, una persona puede tener problemas con el dinero pero no con su actividad sexual. Otra

puede tener un historial de decisiones impulsivas pero no ha conducido nunca de una manera imprudente. Cada patrón individual de síntomas prodrómicos dictará cuáles son las medidas preventivas más urgente y cuáles pueden esperar. Así, por ejemplo, si los síntomas prodrómicos de una persona son irritabilidad y menos necesidad de sueño, puede que desee ver lo más pronto posible a su médico, pero puede que no sea tan esencial pedirle a otra persona que se haga cargo de sus tarjetas de crédito (a menos que la irritabilidad y las alteraciones del sueño hayan conducido en el pasado a gastos caprichosos y excesivos).

Control del dinero

> Una vez tomé un taxi para ir al centro de la ciudad, le di una propina del 50 % al taxista y luego me compré dos vestidos muy caros en unos grandes almacenes que creía que estaban de rebajas. Pero resulta que no lo estaban. Compré los vestidos sin saber de qué estaban hechos ni si estaban bien de precio, sin que me acompañara nadie, que sería lo normal. Me gasté más de 1.000 dólares, una cantidad que no teníamos. Al final acabé devolviendo uno, pero [cuando estaba en pleno episodio maníaco] destrocé el otro dejándole la plancha encima.
>
> *Descripción de un episodio maníaco por parte de una mujer de 55 años de edad con trastorno bipolar I*

El trastorno bipolar hace que controlar el dinero sea mucho más difícil de lo normal. Cuando una persona afectada está entrando en una fase maníaca y, sobre todo, cuando ya se encuentra plenamente en ella, corre el riesgo de derrochar el dinero a tontas y a locas. En muchos sentidos, éste es uno de los síntomas más cómicos del trastorno bipolar. La autobiografía de Jamison (1995), *Una mente inquieta*, contiene buenos ejemplos del pensamiento que subyace a estos derroches irreflexivos. Pero como Jamison explica en su libro, estos arrebatos, además de suponer un gran perjuicio económico, también pueden contribuir a los sentimientos de desesperación que experimenta la persona cuando el episodio maníaco ya ha pasado.

Los estados maníacos tienden a generar un «pensamiento hiperpositivo» que hace que la persona sobrestime sus posibilidades (por ejemplo, para ganar mucho dinero) y que infravalore los riesgos de su

conducta (por ejemplo, endeudarse; Leahy, 1999; Otto y otros, 1999; Newman y otros, 2001). Cuando una persona afectada tiene estos pensamientos hiperpositivos, puede serle muy difícil distanciarse un poco de ellos para evaluarlos de una manera objetiva. En realidad, hay personas que llegan a equiparar *imaginar* que pueden hacer algo con *poder* hacerlo realmente.

Una persona afectada y sus allegados pueden aprender a detectar en qué momento empieza el pensamiento a tomar un giro demasiado optimista o hiperpositivo. ¿Cree la persona que ha encontrado de repente la solución a unos problemas económicos que lleva arrastrando desde hace tiempo? ¿Se siente cada vez más lleno de ideas para «hacerse rico»? ¿Está más preocupada que de costumbre por el dinero o se siente impulsada a comprar cosas caras (véase el ejemplo de Robert y sus guitarras eléctricas)? ¿Piensa que necesita poseer esas cosas lo más pronto posible? ¿Ha acabado creyendo que sus recursos económicos son prácticamente ilimitados? ¿Se impacienta con su cónyuge cuando le dice que no se puede permitir comprar algo?

Puede que a una persona le sea imposible impedir que surjan estos pensamientos, pero hay algunas cosas concretas que puede hacer cuando empiecen a manifestarse:

- Ceder sus tarjetas de crédito a otra persona.
- No acercarse al banco si no es en compañía de una persona de confianza.
- Evitar acercarse a sus tiendas favoritas.
- Evitar mirar canales de televisión cuyo principal objetivo sea vender productos.
- No dar el número de la tarjeta de crédito ni de la cuenta bancaria a «televendedores» o asesores de inversión que llamen con ofertas especiales (¡algo muy aconsejable para cualquier persona, sufra trastorno bipolar o no!).
- Evitar por completo invertir en bolsa o retirar dinero del fondo de pensiones.
- Evitar comprar por Internet.

En otras palabras, si la persona «limita» su acceso a los *medios* necesarios para llevar a cabo sus planes, es menos probable que los acabe realizando.

Algunas personas recomiendan la llamada «regla de las 48 horas», consistente en esperar 48 horas después de dos noches de buen sueño antes de hacer una compra que supere un límite dado (por ejemplo, Leahy, 1999; Newman y otros, 2001). Durante estas 48 horas, se recomienda comentar la compra hasta con tres personas de confianza (un familiar, un amigo, el médico o el psicoterapeuta). Durante este período de espera, la persona se deberá preguntar:

- Si otra persona quisiera hacer lo que quiero hacer yo, ¿qué consejo le daría?
- ¿Qué es lo peor que puede pasar si no puedo cumplir mi deseo?
- ¿Qué es lo peor que puede pasar si lo puedo cumplir?

El paso del tiempo, el parecer de los demás y la crítica que la persona misma haga de la situación pueden ayudarle a evaluar la conveniencia de estas decisiones de carácter económico.

Otra medida preventiva es que la persona, cuando esté bien, organice sus recursos económicos de modo que le sea difícil conseguir grandes sumas de dinero en poco tiempo. Hay varias maneras de hacerlo; por ejemplo, se puede distribuir el dinero en cantidades pequeñas entre varias cuentas de bancos diferentes o guardar la mayor parte en una cuenta conjunta con otra persona que exija la firma de los titulares para hacer un reintegro. Karla, una mujer de 35 años de edad con trastorno bipolar I, llegó al siguiente acuerdo con su novio, Taki: Karla obtuvo tres tarjetas de débito de las tres cuentas bancarias que compartían los dos. Cada una de las tarjetas llevaba una etiqueta con una categoría de gastos (por ejemplo, «ropa») y un límite de compra. Cada semana, los dos estudiaban las compras que Karla había hecho y lo cerca que estaba del límite de gasto en cada una de las categorías.

Si una persona afectada trabaja estrechamente con un asesor de inversiones, puede contemplar la posibilidad de revelarle que sufre el trastorno para que le impida invertir de una manera demasiado irracional (por ejemplo, estableciendo un límite superior para la cantidad de dinero que puede dedicar a una sola transacción).

Naturalmente, mantener esta clase de control sobre los recursos económicos implica que el pensamiento de la persona sigue siendo bastante racional y que puede tomar decisiones acertadas. En general,

pensar de una manera racional es posible durante las fases prodrómicas de un episodio maníaco (otra razón para detectar el inicio de los episodios lo más pronto posible). Pero, como saben muchas personas afectadas, cuando los síntomas se han empezado a acelerar es muy difícil tomar decisiones lógicas y la intervención de terceros puede provocar malestar. Si una persona consigue que sus allegados intervengan al principio de los episodios maníacos y confía en ellos lo suficiente para cederles sus tarjetas de crédito, darles el derecho de vetar sus inversiones o dejarles opinar sobre sus gastos, seguramente evitará una catástrofe económica. ¡Recordemos que la mayoría de las grandes decisiones económicas requieren una segunda opinión incluso en las mejores circunstancias!

Entregar las llaves del coche

Algunas personas suelen conducir de una manera temeraria cuando sufren un episodio maníaco. Un paciente lo expresaba de una manera muy sucinta: «Siempre que sufro un episodio maníaco tengo algún problema de circulación». Cuando una persona afectada tiene un mal historial como conductor, las primeras señales de advertencia pueden indicarle la necesidad de dejar de conducir durante un tiempo. De manera muy parecida al alcohol, los estados maníacos hacen que la conducción sea peligrosa para quien conduce y para quienes le acompañan. Y el riesgo de accidente es especialmente elevado si, además de encontrarse en un estado maníaco, el conductor también bebe, como hacen algunas personas.

Éste es otro ámbito donde resulta muy útil la opinión de los demás. Los allegados de una persona afectada pueden ayudarle a juzgar si puede conducir con seguridad. A algunas personas les podrá molestar que su cónyuge o sus hijos tengan acceso al coche y ellas no, pero deben tener presente que esta situación sólo es por un período limitado, mientras se encuentren en un estado maníaco o hipomaníaco. Si el médico conoce el historial de conducción de una persona afectada, su opinión también será valiosa.

Evitar tomar decisiones trascendentales

Cuando una persona afectada experimente una o más señales de advertencia, será conveniente que evite tomar decisiones que puedan influir en su futuro o en el de otras personas, sobre todo si estas decisiones suponen reunirse con personas que tengan algún grado de «control» sobre su destino. No es el mejor momento para pedir un aumento de sueldo o un cambio en las condiciones de trabajo, pues se corre el riesgo de que ello se plantee o se interprete como una exigencia (véanse en el capítulo 12 varias estrategias para abordar el entorno laboral). Y si la persona afectada es un patrón o empresario, hará bien en aplazar cualquier reunión prevista para comunicar a sus empleados algún cambio de importancia en la empresa. De la misma manera, no es conveniente tomar decisiones sobre la vida familiar que puedan tener consecuencias a largo plazo como casarse, divorciarse, tener hijos, comprar una nueva vivienda, trasladarse a otra ciudad o cambiar a los hijos de escuela.

Es difícil que una persona afectada pueda llegar a estos acuerdos consigo misma y aun lo es más que los respete cuando se siente optimista y con el ánimo elevado. Las decisiones que el afectado se siente obligado a tomar cuando se encuentra en un estado maníaco pueden parecer unas ideas excelentes en ese momento aunque a ojos de los demás, e incluso a los ojos de la persona misma cuando se encuentra bien, parezcan poco realistas y muy arriesgadas. Lo mejor es ver la presión para tomar estas decisiones y la sensación de claridad mental que se pueda tener como una parte del trastorno (sobre todo si también se observan otros síntomas, como distraibilidad, pensamiento acelerado o aumento del impulso sexual). En general, las personas que padecen trastorno bipolar toman las mejores decisiones cuando se encuentran en un estado de remisión eutímico y suelen acabar arrepintiéndose de las decisiones que han tomado mientras se encontraban en un estado maníaco.

Evitar las situaciones sexuales de riesgo

Mi estado maníaco se iba exacerbando y me cansé de la presencia de Carol y los niños, así que salí y me fui a un bar. Allí me encontré con una

antigua novia y empezamos a beber hasta emborracharnos. Al final acabamos en la cama. ¡No puedo creer que fuera capaz de hacerlo, yo no soy así! Pero en aquel momento parecía algo fantástico. Claro, luego me sentí muy mal cuando me di cuenta, y la verdad es que perjudicó mucho mi relación con Carol. Aunque ella tenía información sobre los estados maníacos, sus bases biológicas y todo eso, aún me culpa por haberme metido en ese embrollo. Cree que en el fondo quería hacerlo y que el trastorno, simplemente, me dio una excusa.

Hombre de 46 años de edad con trastorno bipolar I

Como muchas otras actividades gratificantes, el sexo tiene un atractivo especial cuando una persona se encuentra en un estado maníaco por muy conservadora que pueda ser en relación con el sexo cuando su estado de ánimo es estable. Muchas personas afectadas se meten en situaciones sexuales de mucho riesgo cuando desarrollan un episodio maníaco y, en ocasiones, los resultados emocionales, que pueden incluir sentimientos de vergüenza, humillación e incluso ira, no hacen más que empeorar los cambios de su estado de ánimo. Además, las relaciones sexuales impulsivas suponen un riesgo elevado de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Como decía en el capítulo 2, los estados maníacos, más que estar caracterizados por la alegría, lo están por una fuerte motivación en relación con algún objetivo. Cuando una persona afectada se siente fuertemente atraída por alguna gratificación, es difícil que pueda detenerse y se pregunte si está tomando unas decisiones adecuadas. A algunas personas les es muy útil saber que sus impulsos sexuales tienden a aumentar cuando se encuentran en fases maníacas prodrómicas y activas. Este conocimiento es el primer paso hacia la obtención del control.

Lo mejor que puede hacer una persona afectada para evitar situaciones sexuales peligrosas es pasar el máximo tiempo posible en compañía de personas de confianza que puedan hacerle desistir de emprender esta clase de relaciones impulsivas. Dicho de otro modo: cuando el afectado sale por la noche, lo mejor es que lo haga con un amigo que esté al tanto de su trastorno y que pueda «intervenir» si la persona empieza a dar muestras de falta de criterio. También es importante que evite consumir alcohol u otras sustancias: no hay nada peor que «automedicarse» para un estado maníaco consumiendo cafeína,

alcohol u otras sustancias que casi con toda seguridad contribuirán a exacerbar ese estado y a rebajar el umbral para seguir los impulsos sexuales. También es conveniente que la persona pida a sus amigos que la lleven a casa si creen que está tomando decisiones erróneas. En última instancia, la decisión de mantener o no relaciones sexuales con alguien sólo incumbe a la persona, pero los límites que puedan establecer los demás (y aunque al principio puedan ser irritantes) pueden ayudarle a evitar relaciones de las que más adelante se puede arrepentir.

Algunas personas afectadas dicen que sus relaciones de pareja mejoran cuando se encuentran en un estado maníaco o hipomaníaco porque también mejoran las relaciones sexuales que mantienen con sus parejas. Otras dicen que el aumento de las relaciones sexuales con su pareja contribuye a exacerbar su estado maníaco. Pero para la mayoría de las personas afectadas, el hecho de experimentar un episodio maníaco no significa que deban evitar las relaciones sexuales con una pareja estable. En realidad, las relaciones sexuales pueden ofrecer una buena manera de canalizar la energía si se mantienen con la persona adecuada en el momento oportuno. La clave es no dejar que el estado maníaco conduzca a unas relaciones sexuales irresponsables o peligrosas.

Método para recordar las estrategias de mantenimiento del bienestar

Cuando una persona se encuentra en las primeras fases de un episodio maníaco, es esencial que aplique las estrategias para mantener el bienestar presentadas en el capítulo 8. No las repetiré todas aquí; bastará con decir que en esos momentos es especialmente importante que el paciente mantenga una rutina diaria. También es importante que procure dormir bien (el médico le puede recetar algún fármaco para este fin) y que mantenga unos horarios constantes incluso los fines de semana. Asimismo es conveniente tratar de evitar en lo posible toda interacción estresante con otras personas, sobre todo con familiares. A todo ello se añade la necesidad de seguir estrictamente el régimen de medicación y la conveniencia de llevar un registro diario del estado de ánimo para identificar sus cambios lo más pronto posible.

Paso 2, parte B: medidas preventivas basadas en la intervención de un profesional

Colaborar con el psiquiatra para prevenir o rebajar el impacto de los episodios maníacos es más complicado de lo que parece. La mayoría de los psiquiatras dirán a sus pacientes que les pidan una visita urgente cuando crean que su trastorno empeora. A primera vista parece que esto es «de cajón», pero la realidad es que las personas afectadas no siempre acaban de creer que estén realmente enfermas o no se dan cuenta de que su estado ha llegado a un nivel que justifica una visita al profesional. También hay personas que se resisten a llamar al médico, sobre todo si le conocen muy poco o si han tenido alguna experiencia desagradable cuando le han llamado en otras ocasiones.

Por otro lado, aunque una persona comprenda la necesidad de esta atención en caso de urgencia, puede tener dudas sobre la ayuda que pueda ofrecerle el profesional. Quizá tema que le cambie la medicación por otra que tenga peores efectos secundarios o que le envíe de inmediato al hospital, con los consiguientes problemas de carácter familiar, laboral y social. Naturalmente, es más probable que la persona pueda evitar la hospitalización si llama al médico lo más pronto posible y no se espera hasta llegar a un punto «sin retorno». Con todo, acudir al médico en caso de emergencia exige una mínima seguridad de que el médico será comprensivo y considerado, y de que tomará unas medidas que realmente alivien los síntomas y no los empeoren. En este apartado se expondrán algunas estrategias para colaborar con los profesionales en caso de emergencia.

«¿Cuándo es conveniente llamar y qué se debe decir?»

Una buena regla general es que el paciente llame al médico en cuanto sienta que su estado de ánimo o su nivel de energía empiezan a subir o a bajar, o si la persona afectada (o algún allegado) cree que han aparecido uno o más síntomas prodrómicos. *En otras palabras, más vale ser precavido y pedir ayuda en cuanto se considere necesario que pensar que aún no es el momento y esperar hasta que sea demasiado tarde.*

También es conveniente procurar tener a mano en todo momento los números de teléfono del médico (o del centro donde trabaja), sobre todo los números para casos de urgencia. En el *contrato para la prevención de episodios maníacos* (véase el final de este capítulo) hay un espacio reservado para anotar esta información. La mayoría de los médicos tienen un suplente que se hace cargo de las emergencias durante las vacaciones o los fines de semana. Normalmente, los números de teléfono de este médico «de guardia» aparecen en el mensaje del contestador telefónico del médico o del centro donde trabaja. Cuando la persona entre en contacto con su médico o con el suplente, deberá explicarle con detalle los síntomas prodrómicos que cree haber experimentado.

A continuación se presenta la transcripción de una conversación telefónica entre Chad, una persona con trastorno bipolar I, y su psiquiatra.

CHAD: Pues sí, creo que ya empezamos otra vez.
PSIQ.: ¿Qué le ocurre exactamente?
CHAD: Pues me estoy tomando la medicación, pero tengo la cabeza llena de pensamientos y cosas así.
PSIQ.: ¿Y sobre qué son esos pensamientos?
CHAD: Pues como siempre. Sobre mi padre y su muerte y tal.
PSIQ.: ¿Y qué tal el estado de ánimo? ¿Ha notado algún cambio?
CHAD: Pues sí, estoy como más cabreado y cascarrabias, les grito a los niños. La verdad es que todo eso de la familia me empieza a hartar.
PSIQ.: ¿Y cómo ha dormido las últimas noches?
CHAD: Bueno, pues no muy bien; enseguida me despierto y me pongo a dar vueltas por casa y tal. El pensamiento me va a toda pastilla y no encuentro la manera de estar cómodo en la cama.
PSIQ.: Pues parece que la cosa va en serio. ¿Hay algo más que me pueda decir? ¿Le ha pasado por la cabeza lesionarse? ¿Cree que le haría bien ingresar en el hospital?
CHAD: No, no; aún no creo que haga falta que me ingresen. Lo único que me pasa es que estoy así, cabreado y tal, y que no puedo dormir.
PSIQ.: ¿Y qué tal con la medicación?
CHAD: Pues esta mañana me he saltado el litio, pero por la tarde me lo he tomado.

En esta conversación, el psiquiatra ha hecho una evaluación rápida y ha llegado a la conclusión de que Chad puede encontrarse en la fase pro-

drómica de un episodio maníaco o mixto. En este caso, la «subida» de Chad se pudo abordar a tiempo mediante un tratamiento ambulatorio: el psiquiatra concertó una visita de urgencia, aumentó las dosis de litio y añadió unas pequeñas dosis de un fármaco antipsicótico. Un análisis de sangre reveló que el nivel de litio de Chad era bajo, aunque Chad dijo que había estado tomando la medicación de una manera relativamente constante. Estos cambios en la medicación fueron eficaces y sin demasiados efectos secundarios. Al cabo de una semana, el estado maníaco había dejado de subir y Chad empezó a volver a su nivel normal.

Chad había descrito muy bien sus síntomas prodrómicos. El psiquiatra le guió en la descripción de estos síntomas y en el uso de la medicación. En este sentido era muy riguroso y le marcó a Chad una línea muy clara. Obsérvese que el psiquiatra, durante la conversación telefónica, no tocó ningún aspecto psicoterapéutico como los sentimientos de Chad sobre su padre o sobre su familia. En general, cuando una persona afectada hace una llamada de emergencia a su médico, éste no responde realizando una intervención psicoterapéutica. Esto puede frustrar a algunas personas porque creen que ciertos problemas de carácter personal pueden ser importantes para explicar sus síntomas. Muchas personas creen que sus síntomas maníacos se deben a sentimientos de pérdida, como en el caso de Chad. Pero el principal propósito de las llamadas de urgencia es evaluar si hace falta un cambio en la medicación o, en los casos más extremos, si hace falta ingresar en el hospital. Una vez los síntomas se hayan calmado, es conveniente que la persona visite al psicoterapeuta para que le ayude a comprender la influencia de cualquier circunstancia estresante presente o pasada en los cambios de su estado de ánimo.

«No me siento cómodo con mi médico»

A Robert, de cuyo caso se hablaba al principio de este capítulo, no le gustaba mucho su médico y lo visitaba muy de vez en cuando. Quizás ello explique que su médico no pudiera ayudarle tanto como hubiera podido para prevenir su episodio maníaco. Si Robert hubiera estado en contacto con un médico con el que hubiera mantenido una buena relación, hubiera podido concertar una sesión urgente con unos resultados mucho más positivos.

No todo el mundo se siente cómodo llamando a su médico por una urgencia, y esta incomodidad puede llegar a ser exagerada durante una fase maníaca (la mayoría de las emociones se exacerban a lo largo de un episodio maníaco). Uno de mis pacientes de psicoterapia, Holly, llevaba mucho tiempo sintiéndose frustrada con su médico. Le había llamado en varias ocasiones cuando empezaba a experimentar ciclos rápidos y su médico no solía devolverle la llamada. Incluso había contemplado la posibilidad de cambiar de médico, pero aún no estaba totalmente convencida de la oportunidad de esta medida.

Animé a Holly a que hablara de este problema con su médico, un hombre que, en mi opinión, era muy accesible. Pero Holly no se atrevía a mencionar el tema temiendo que el médico la «despachara». Al final accedí a interceder y llamé al médico de Holly cuando ésta empezó a desarrollar unos síntomas afectivos mixtos y pensamientos suicidas. El médico me dijo que había intentado hablar con Holly en varias ocasiones pero que *ella* no le había devuelto las llamadas. También había visto que al ofrecerle consejo para ayudarla a controlar sus síntomas, Holly se enfadaba y no quería cooperar. Así pues, las dos partes se sentían frustradas.

Al final organizamos una reunión entre Holly, su médico y yo mismo para acordar las medidas que deberíamos tomar cuando Holly volviera a desarrollar síntomas mixtos o maníacos. El médico le dio a Holly otro número de teléfono y le volvió a explicar sus políticas en casos de urgencia y su sistema de suplencias. Hoy en día, y aunque las relaciones entre Holly y su médico en el tema de las urgencias siguen siendo un poco tensas, el tratamiento de Holly es mucho más positivo gracias al contacto directo entre su psiquiatra y su psicoterapeuta (véase también el capítulo 6).

Lo mejor que una persona puede hacer en estos casos es hablar de sus inquietudes con el médico hasta sentirse segura de que podrá llamarle sin ningún problema en caso de emergencia. Es conveniente que la persona exponga sus temores en relación con la medicación, los efectos secundarios o la necesidad de hospitalización (véanse más detalles en las págs. 283-286). Y si, a pesar de todo, la persona sigue convencida de que le será imposible llamar a su médico cuando se sienta mal, lo mejor es que lo deje y se busque otro.

Cuando una persona se siente eufórica, excitada y motivada, puede que no vea ninguna razón para acabar con esas sensaciones aceptando lo que el médico le puede ofrecer y que, en general, es más medicación. Por esta razón, puede tener sentido que sea una persona cercana quien haga la llamada al médico. Por lo tanto, es conveniente que las personas afectadas den a sus parientes y allegados un poco de margen para decidir si deben hacer o no estas llamadas, teniendo presente que quizá no siempre estén de acuerdo en que esta ayuda sea necesaria. Personalmente, tanto mi práctica clínica como los estudios en los que he participado me han llevado a la plena convicción de que las personas que permiten que sus parientes o allegados llamen al médico en caso de urgencia siempre obtienen mejores resultados (Miklowitz y otros, 2000). Por ejemplo, Paul, el marido de Lorraine, una mujer de 64 años de edad con trastorno bipolar I, llamaba al médico en cuanto la veía atolondrada o agitada. Gracias a ello, el médico de Lorraine casi siempre podía tratarla por teléfono haciendo algunos ajustes a la medicación, sin necesidad de ingresar a Lorraine en el hospital.

El contacto entre los parientes o allegados y el médico de una persona afectada exige una mínima comprensión de las políticas de tratamiento. El profesional debe exponer con claridad a la persona afectada y a sus parientes o allegados las circunstancias que justifican una llamada (por ejemplo, cuando el estado de ánimo cambie claramente o si la persona se niega a seguir el tratamiento). Los parientes o allegados pueden abrigar unas expectativas poco realistas como las siguientes: que el médico les llamará cuando el paciente se haya saltado una visita o haya comunicado algún síntoma; que acordará con ellos cualquier ajuste de la medicación; que le pueden llamar cuando haya alguna discusión familiar o cuando deseen saber algo sobre el trastorno bipolar. Se trata de suposiciones que el médico puede no compartir. En algunos casos es conveniente que la persona afectada firme un documento que permita al médico intercambiar información con uno o más parientes o allegados.

También es conveniente que las personas afectadas consulten a su médico la posibilidad de que un pariente o un amigo les acompañe a las visitas de urgencia. Si una persona se siente confundida o distraída a causa de sus síntomas, el acompañante podrá recordar mejor las recomendaciones del médico cuando necesite seguirlas más adelante (véase también el capítulo 12).

Durante una visita de urgencia, es probable que el médico siga los pasos detallados en el recuadro de esta página. Empezará evaluando los síntomas y revisando el régimen de medicación. Si no es posible concertar una visita, el médico puede recomendar estos cambios por teléfono. Uno de los principales objetivos de detectar y tratar a tiempo los síntomas iniciales de un episodio es evitar la hospitalización. Y si ello no es posible, el médico puede ayudar a organizarla.

Normalmente, el médico empezará haciendo a la persona unas preguntas similares a las planteadas por el psiquiatra de Chad. Aunque cada médico puede destacar unos síntomas distintos (algunos se centran más en el estado de ánimo y otros en los niveles de actividad o en el sueño), en general, cuanto más capaz sea la persona afectada de usar el «lenguaje» de los síntomas prodrómicos (por ejemplo, «pensamiento acelerado», «poca necesidad de dormir»), mejor sabrá el médico qué es lo que debe recomendar. También es probable que quiera saber si el paciente sigue correctamente la medicación o si se ha saltado alguna dosis o toma; en este caso, es fundamental que la persona sea lo más honesta y sincera posible. No es infrecuente que,

Pasos a seguir por el médico para prevenir un episodio maníaco

- Evaluar la gravedad de los síntomas.
- Evaluar los niveles plasmáticos de la medicación para estabilizar el estado de ánimo.
- Modificar el régimen de medicación, incluyendo añadir o suprimir ciertos fármacos o aumentar las dosis actuales.
- De ser necesario, organizar el ingreso en el hospital.

cuando se encuentran en pleno episodio maníaco o hipomaníaco, las personas afectadas se salten alguna dosis (sobre todo si se espera que tomen muchas pastillas).

Si un paciente se medica con litio, Depakote o (con menos frecuencia) Tegretol, el médico puede pedirle que se haga un análisis de sangre. Lo más probable es que esté interesado en los niveles plasmáticos de estos fármacos de diez a catorce horas después de la última dosis (los análisis de sangre realizados pocas horas después de que la persona haya tomado una dosis pueden indicar unos niveles de medicación suficientes cuando, en realidad, no lo son). Por ejemplo, si una persona toma litio y su nivel plasmático después de diez o catorce horas es igual o inferior a 0,6 mEq/L (véase el capítulo 6), el médico puede llegar a la conclusión de que se ha saltado una o más dosis o de que la dosis recomendada no llega al nivel terapéutico (en este caso, es probable que aumente la dosis para impedir que un estado maníaco se exacerbe). Puesto que pueden pasar unos días hasta obtener los resultados del análisis, el médico puede optar por no esperar a tener esta información antes de cambiar la dosis, sobre todo si ya hace tiempo que la persona se hace análisis periódicos. De ser posible, aumentará la frecuencia de las sesiones de tratamiento durante el período en el que los síntomas de la persona empeoren.

Si el médico aumenta las dosis del principal estabilizador del estado de ánimo, el paciente y sus allegados deberán familiarizarse con las señales de la posible «neurotoxicidad» de ese fármaco cuando se toma en exceso (véase también el capítulo 6). En el caso del litio, la toxicidad incluye síntomas como somnolencia, fuertes náuseas, dolores abdominales, fuerte diarrea, visión borrosa, dificultades al hablar, espasmos y confusión o desorientación. Si es con Depakote, se producen fuertes mareos, somnolencia, respiración irregular, temblores graves o coma. Si es debido al Tegretol, aparece visión doble, pérdida de equilibrio o sensación de mareo. Si una persona experimenta cualquiera de estos síntomas, ella misma o algún allegado deberá ponerlo de inmediato en conocimiento del médico para que pueda ajustar, o incluso suprimir, la toma del fármaco.

El médico también puede añadir algunos de los fármacos examinados en el capítulo 6, incluyendo fármacos antipsicóticos atípicos con propiedades estabilizadoras del estado de ánimo como Zyprexa, o benzodiazepinas como Klonopin o Ativan. Estos fármacos pueden

ayudar a la persona a calmarse cuando se encuentra agitada, a mejorar su sueño y a tratar los pensamientos delirantes (por ejemplo, de tipo paranoico). Si un paciente sólo toma un estabilizador del estado de ánimo, el médico puede añadirle otro (por ejemplo, añadir Depakote al litio). Estas decisiones suelen basarse más en el criterio del médico que en datos procedentes de la investigación. Por ejemplo, no sabemos si aumentar las dosis de litio o de valproato es más eficaz para prevenir los ciclos maníacos que tomar los dos estabilizadores al mismo tiempo (Sachs, 1998).

Tampoco es infrecuente que el médico crea que el mejor tratamiento para atajar el desarrollo de un estado maníaco es suspender la toma de uno de los fármacos que esté tomando el paciente en lugar de recetarle otro. Si una persona entra en un estado maníaco y se cree que presenta ciclos rápidos (cuatro o más episodios al año), puede que la intervención más eficaz sea suspender la medicación antidepresiva, si es que la toma (Kukopulos y otros, 1980; Wehr y otros, 1988; Sachs, 1996). Es improbable que el médico recete un antidepresivo cuando el paciente esté entrando en un ciclo maníaco (véase el capítulo 6). El médico también puede recomendar la supresión de fármacos antipsicóticos, de broncodilatadores como Proventil, o aconsejar al paciente que no consuma cafeína (Sachs, 1996).

«¿Cuándo es necesaria la hospitalización?»

Es importante comentar que hay muchas personas con trastorno bipolar que en ninguna ocasión han necesitado ingresar en el hospital. Además, en los últimos años han aparecido alternativas a la hospitalización en forma de estrategias de urgencia a corto plazo, como los hospitales de día. Estos programas ofrecen un seguimiento de los síntomas y de la respuesta al tratamiento de un paciente sin necesidad de que ingrese en el hospital. Pero si los síntomas maníacos alcanzan un nivel claramente perjudicial o si se ha dado algún intento de suicidio o de agresión a otras personas, lo más probable es que el médico recomiende su hospitalización durante un tiempo. También es más frecuente que se hospitalice a una persona cuando sufre un episodio maníaco (o mixto) que cuando sufre un episodio hipomaníaco o depresivo.

Las personas que sufren un episodio maníaco suelen encontrar innecesario ingresar en el hospital. Con frecuencia insisten en que se les dé el alta muy poco después de ingresar, pensando que su recuperación está más cerca de lo que puedan pensar sus médicos u otras personas. Pero si el médico cree que un paciente corre un riesgo manifiesto de lesionarse o de agredir a otras personas, o si considera que no puede cuidar de sí mismo, su responsabilidad profesional, ética y legal le obliga a buscar la autorización de un juez para mantener al paciente ingresado. Está claro que este curso de acción no gustará a la mayoría de los pacientes que se encuentren en esta situación, pero puede ser necesario para garantizar su propia seguridad y la de otras personas.

Cuando un médico recomienda una hospitalización, en general es mejor que se encargue él mismo de llamar al hospital para solicitar el ingreso. En algunos casos, esta tarea la deberán realizar los pacientes mismos o sus familiares (por ejemplo, cuando el médico no ve al paciente desde hace tiempo o no tiene la facultad de solicitar un ingreso). Como medida preventiva para posibles recidivas, es recomendable que el paciente tenga a mano los números de teléfono del departamento de urgencias del hospital recomendado, así como la documentación del seguro (véase el «Contrato para la prevención de episodios maníacos» de las págs. 287-288).

Hoy en día, muchas personas contratan seguros médicos que estipulan en qué hospitales pueden ingresar y en cuáles no, y durante cuánto tiempo. Cuando una persona afectada desea contratar una póliza de este tipo, es importante que antes averigüe si el psiquiatra que la trata tiene la facultad de solicitar su ingreso en los hospitales adscritos al plan. De lo contrario, el seguro puede obligar al paciente a ingresar en un hospiral distinto del que puede recomendar el profesional.

«¿Qué me van a hacer en el hospital?»

Cuando una persona afectada de trastorno bipolar ingresa en el hospital, es probable que reciba cada día la visita de un médico del centro (que puede ser o no el psiquiatra que la trata habitualmente). También es probable que deba asistir a sesiones de terapia u orientación

en grupo dedicadas a cuestiones como la calidad de vida, la prevención de recidivas y la adaptación al salir del hospital. Lo ideal sería que el cónyuge u otros familiares también formaran parte del plan de tratamiento.

La perspectiva de ingresar en el hospital puede aterrorizar a muchas personas, y más aún si el centro en cuestión es un centro psiquiátrico, que se asocia a un lugar tenebroso, lleno de suciedad y de personas violentas, con un personal especialmente cruel y del que se puede esperar muy poca ayuda. Aunque esta imagen es en gran medida una distorsión que se arrastra del pasado, la calidad de estos centros y de los hospitales en general varía mucho, al igual que la capacidad del personal médico y auxiliar que trabaja en ellos. Muchos centros son excelentes y ofrecen los medios más modernos para el cuidado de la salud mental. Otros van justos de presupuesto, utilizan modelos de intervención anticuados y, más que orientarse al tratamiento, se orientan a proteger a los demás. Si una persona con trastorno bipolar ha sido hospitalizada más de una vez, lo más probable es que haya tenido distintas experiencias en función de los hospitales y de las condiciones de su ingreso.

Cuando una persona necesite ser hospitalizada deberá tener presentes las siguientes consideraciones. En primer lugar, se confunde hospitalización con internamiento. Pero el internamiento supone que el paciente permanezca en el centro varios meses y hasta varios años seguidos. Hoy en día, las hospitalizaciones psiquiátricas son muy breves y rara vez pasan de una semana.

En segundo lugar, el tratamiento que la persona afectada recibe en el hospital suele orientarse a controlar sus síntomas agudos (incluyendo los pensamientos o impulsos suicidas) para que no empeoren y reducir el riesgo inmediato para ella misma y para quienes la rodean. La hospitalización también permite la desintoxicación de quienes han abusado del alcohol o de otras sustancias perjudiciales durante el episodio maníaco. Por otro lado, el período de ingreso también permite iniciar un nuevo régimen de medicación o ajustar las dosis, o probar otros tratamientos (por ejemplo, la terapia de electrochoque si la persona sufre síntomas maníacos, mixtos o depresivos agudos y no responde a los estabilizadores del estado de ánimo ni a fármacos antipsicóticos o de otro tipo). Sin embargo, es probable que la estancia en el hospital no dure el tiempo suficiente para que el paciente

pueda saber si el nuevo régimen de medicación será eficaz a largo plazo.

En tercer lugar, la hospitalización no representa un fracaso personal. Las personas afectadas de trastorno bipolar sufren un desequilibrio biológico que no está bajo su control, por lo que no tienen culpa alguna si necesitan ingresar en un centro. El hecho de que un individuo sea hospitalizado no significa que a partir de ese momento su vida vaya a ser controlada por terceras personas. Lo que en realidad supone es que la persona cede el control de manera temporal, durante un breve período de tiempo. Pronto volverá a su vida normal, sobre todo si colabora con su médico en el desarrollo de un plan eficaz para después de recibir el alta.

Por último, la hospitalización puede ofrecer a la persona afectada un período muy necesario de reposo o de descanso de las situaciones estresantes de su vida cotidiana. Aunque sin duda sería preferible pasar una semana en una isla del Caribe, una estancia breve o incluso más larga en un hospital puede dar a la persona tiempo para reflexionar sobre los aspectos de su plan de tratamiento que funcionan mejor o peor. También puede alejar a la persona de sus parientes, algo que todos pueden necesitar de vez en cuando. La hospitalización de Robert le ayudó a replantearse sus sentimientos hacia Jessie y sus hijos y, cuando recibió el alta, se sintió más resuelto a arreglar las cosas. Es difícil que una persona adopte este punto de vista cuando ingresa por primera vez en un hospital, pero más adelante es probable que tenga una perspectiva muy diferente de esta experiencia.

Paso 3: elaborar un contrato para la prevención de episodios maníacos

A continuación reuniremos todo lo visto hasta ahora en este capítulo en un contrato escrito para la prevención de recidivas. El objetivo del cuestionario que se presenta a continuación es que la persona afectada resuma sus conclusiones sobre su fase prodrómica, sobre los pasos que ella y sus allegados pueden tomar para prevenir las recidivas y sobre los procedimientos para recibir asistencia médica de urgencia. Es conveniente que la persona afectada consulte a su cónyuge, a sus familiares, a su médico y a otras personas de con-

Contrato para la prevención de episodios maníacos

Nombre del médico: _____ Teléfono de la consulta: _____

Teléfono de emergencia: _____

Nombre del psicoterapeuta: _____ Teléfono de la consulta: _____

Teléfono de urgencia: _____

Nombre del hospital: _____ Teléfono de urgencias: _____

Aseguradora: _____ Número de póliza: _____

Número de grupo (si procede): _____

1. Especifique las señales prodrómicas típicas que indican el inicio de un episodio maníaco (véase el cuestionario de la pág. 265).

_____

_____

_____

2. Especifique las circunstancias en las que es más probable que se produzcan estos síntomas prodrómicos.

_____

_____

_____

3. Pida a uno o más miembros de su círculo más íntimo que añadan cualquier otra señal prodrómica que hayan observado y, si procede, las circunstancias en las que aparecieron por primera vez.

_____

_____

_____

4. Especifique las medidas que puede usted tomar cuando estos síntomas empiecen a manifestarse (ejemplos: llamar al médico, hacerse un análisis de sangre, seguir estrictamente el régimen de medicación, intentar dormir de una manera regular, volver a unas rutinas nocturnas y diurnas estables, evitar el alcohol, la cafeína u otras sustancias, ceder las tarjetas de crédito o las llaves del automóvil, evitar tomar decisiones importantes de carácter económico o de otro tipo, evitar conductas sexuales de riesgo).

_____

_____

_____

_____

(cont.)

_____

Contrato para la prevención de episodios maníacos *(continuación)*

5. Especifique las medidas que pueden tomar sus parientes, amigos u otros allegados (ejemplos: llamar al médico, hablarle con comprensión, decirle qué conductas suyas les preocupan, decirle lo mucho que se preocupan por usted, impedirle que haga demasiadas cosas, llamar a urgencias del hospital, recordarle que tome la medicación, acompañarle a las visitas, cuidar de sus hijos, acompañarle cuando salga por la noche, ayudarle a controlar los gastos, ayudarle a seguir un ritmo circadiano estable, ayudarle a apartarse del alcohol u otras sustancias).

6. Especifique lo que le gustaría que hiciera su psiquiatra (ejemplos: darle visita en caso de urgencia, controlar los niveles plasmáticos, revisar el régimen de medicación [si corresponde], llamar al hospital y solicitar el ingreso [si es necesario]).

Firmas

Fecha

fianza para asegurarse de que todos comprenden lo que se espera que hagan.

Al rellenar este contrato, es conveniente que la persona intente incluir tantas opciones como sea posible. Es probable que algunas de estas opciones le parezcan más cómodas que otras, pero es mejor que las anote aunque nunca las llegue a usar. También es necesario animar a los familiares y allegados a expresar sin reservas qué les será más cómodo y más incómodo hacer cuando la persona afectada entre

en un estado maníaco. En el contrato sólo se deben consignar las responsabilidades que el paciente y sus allegados acepten plenamente. También se pueden detallar todas las opciones posibles y ordenarlas de mayor a menor preferencia. El último paso es que todas las personas implicadas firmen el contrato.

Refinar el contrato

Las cosas mejoraron para Robert tras recibir el alta en el hospital. Encontró a otro psiquiatra, el doctor Barnard, al que visitó varias veces después de que le dieran el alta para que le ayudara a perfeccionar su régimen de medicación. Robert y Jessie también visitaban a un psicólogo que les ayudó a desarrollar un contrato para la prevención de recidivas. Para ello, desarrollaron conjuntamente una lista de los síntomas prodrómicos de Robert que incluían los siguientes: irritabilidad moderada, desconfianza, acercarse demasiado a las personas y hablarles demasiado fuerte, pérdida repentina de interés en su trabajo, un aumento del impulso sexual y una sensación subjetiva de claridad mental. Establecieron una distinción entre estas señales iniciales y las señales de un episodio maníaco auténtico, que incluían un estado de ánimo elevado o expansivo, estallidos de ira en público totalmente fuera de lugar, gastar en exceso de una manera impulsiva, creencias grandiosas sobre su talento musical, una drástica disminución de la necesidad de dormir y un rechazo total a la idea de que pudiera estar mal. También estuvieron de acuerdo en las circunstancias ambientales asociadas a sus episodios: exceso de trabajo, disputas familiares y problemas de carácter económico.

Robert y Jessie negociaron una serie de medidas preventivas. Una de ellas era que Jessie tenía libertad de llamar al psiquiatra cuando Robert pareciera estar entrando en un episodio maníaco. También acordaron que cuando los síntomas de Robert aún fueran leves Jessie le ayudaría a apartarse de las situaciones estresantes (por ejemplo, animándole a tomarse unos días de vacaciones con ella). También acordaron, como pareja, intentar mantener unas rutinas de sueño-vigilia estables, sobre todo cuando Robert empezara a mostrar uno o más síntomas prodrómicos. Por último, Robert accedió a que Jessie le acompañara a urgencias del hospital si ello fuera necesario.

Pero Robert no se libró de sufrir nuevos episodios maníacos. El siguiente empezó unos dos meses después, pero esta vez él y Jessie lo atajaron a tiempo. Como en otras ocasiones, Robert se negó a concertar una vi-

sita con el médico: admitía que probablemente estaba desarrollando un nuevo episodio, pero no quería tomar más medicación. Él y Jessie empezaron a discutir. Como dijo Robert después, Jessie se volvió «inflexible... acusadora, seria, nada cariñosa». Y Jessie aún se desesperó más cuando supo que el doctor Barnard estaba fuera de la ciudad. Al final llamó a su suplente, que recomendó un aumento en las dosis de los antipsicóticos que tomaba Robert. Robert aceptó el cambio en la medicación y así evitó volver a ingresar en el hospital. Con todo, su relación con Jessie se resintió tanto que Jessie llegó a pensar en dejarle. Robert también tuvo más problemas con sus compañeros de trabajo y con otros familiares durante este período.

Una visita al psicólogo realizada una semana después de que Robert cambiara la medicación se dedicó a refinar el contrato para la prevención de recidivas. Robert, que seguía en un estado ligeramente hipomaníaco, se quejaba de que el contrato no había funcionado a causa de la postura emocional de Jessie. Decía que necesitaba que Jessie fuera «más amable y cariñosa». El psicólogo le pidió que concretara más y Robert le dijo: «Quiero que me diga que me ama, y que me diga de una manera más cariñosa si cree que necesito ayuda y por qué, aunque yo no esté muy receptivo». Añadió que deseaba que Jessie no se tomara su irritabilidad como algo tan personal y que lo viera como una parte de su trastorno. Jessie, a su vez, expresó su frustración porque Robert no había acudido a la consulta del doctor Barnard mientras estaba en la ciudad. «Si no quiere ir por su propio bien, quiero que vaya por mí o por nuestra relación, y no quiero que dude de que me preocupo por él.» Con todo, no estaba segura de si podría adoptar una postura emocional más amable al enfrentarse a sus estados maníacos.

El psicólogo animó a Robert y a Jessie a que intentaran comunicarse como el otro deseaba: Jessie siendo más amable, y Robert cediéndole un grado de control. También hablaron de la potencial participación de otros familiares, como el hijo de Robert, en momentos de emergencia. Sin embargo, Robert decidió que quería proteger a Brian tanto como pudiera de su enfermedad y no quiso que su hijo entrara en contacto con sus médicos. Jessie estuvo de acuerdo.

Cuando volvió de su viaje, el doctor Barnard concertó una visita con Robert y Jessie y les dijo que siguieran un plan de medicación —aumentar la dosis de Zyprexa y añadir una benzodiazepina (Klonopin) para conciliar el sueño— si Robert volvía a experimentar uno o más síntomas prodrómicos y no podían contactar enseguida con él. Anotó este plan por escrito, insistiendo en que Robert viniera a verle lo más pronto posible después de empezar a seguir el nuevo plan. Todas estas modificaciones se hicieron constar en el contrato modificado (por ejemplo: «Robert debe

aumentar las dosis de Zyprexa; Robert debe llamar al médico o dejar que lo haga Jessie si él no quiere hacerlo; Jessie debe comprender que la irritabilidad de Robert forma parte del síndrome maníaco»). Robert y Jessie acordaron revisar el contrato cada tres meses y modificarlo cuando lo estimaran oportuno.

El estado de ánimo de Robert ha seguido oscilando, pero sus episodios han tenido un carácter más hipomaníaco que maníaco. Mantiene una buena relación con el doctor Barnard y con su psicólogo, y él y Jessie continúan juntos y siguen tratando de arreglar sus problemas. También le ha contado que sufre un trastorno bipolar a su hijo, que con el tiempo lo ha ido comprendiendo mejor.

El contrato para la prevención de episodios maníacos no se debería ver como algo fijo, sino como algo en constante evolución. Las medidas preventivas que en él se especifican se deben definir y acordar cuando la persona se encuentre bien, pero nadie puede saber con certeza si estas medidas serán eficaces hasta que se lleguen a aplicar. Para que el contrato sea realmente eficaz, es necesario que la persona afectada conozca bien sus síntomas prodrómicos, que sea receptiva a las propuestas de los demás y que sepa decidir cuándo debe pedir ayuda.

Si una persona sufre un episodio maníaco a pesar del contrato preventivo, lo que debe hacer es reunirse con su médico, sus familiares o su psicoterapeuta cuando la tempestad haya amainado para intentar determinar qué ha ido bien y qué no. ¿Ha sido imposible localizar al médico o a su suplente? Ante un caso así, lo más conveniente es pedirle al médico que recomiende unos cambios en la medicación que la persona afectada pueda aplicar por su cuenta la próxima vez que empiece a sufrir un episodio, y que consigne estos cambios de urgencia en la medicación en una o más recetas con la condición de que la persona las acabe de rellenar cuando se manifiesten las primeras señales de advertencia. También se deberá concertar una visita lo más pronto posible cuando esto ocurra.

¿Ha habido otros problemas que hayan impedido aplicar el contrato? Por ejemplo, ¿se ha enfrentado la persona a sus familiares haciendo que éstos se dieran por vencidos y se negaran a ayudar? ¿Los familiares han adoptado una postura demasiado controladora? ¿Ha pedido ayuda la persona pero no había nadie disponible? En estos casos, quizá la persona pueda pensar en otros parientes o amigos ante

quienes no reaccione de una manera tan negativa en caso de urgencia o que puedan estar disponibles sin previo aviso.

Quizás el contrato no ha sido eficaz porque la persona ha encontrado inaceptables las recomendaciones hechas por sus allegados. En ese caso, ¿cómo se puede modificar el contrato para que estas recomendaciones sean más aceptables? Por ejemplo, Gabriel se negaba a visitar a un médico al que sus padres querían que viera. Pero, por otro lado, sí que estaba dispuesto a ver a otro médico que había encontrado por su cuenta. En consecuencia, su contrato preventivo se modificó para que Gabriel pudiera ver al médico que él considerara oportuno. En general, estos contratos tienen una probabilidad mucho mayor de ser eficaces si las personas afectadas han recopilado información suficiente para cada paso, han especificado varias estrategias posibles en lugar de sólo una y revisan y modifican los contratos a la luz de sus resultados en futuros episodios.

* * *

Dada la influencia de la neurofisiología individual, es imposible prevenir totalmente la aparición de un episodio maníaco. Pero durante las fases iniciales de estos episodios siempre surge la oportunidad de poder disminuir su gravedad. A la larga, poder identificar a tiempo el inicio de un episodio y poder recibir un tratamiento de urgencia dará a la persona afectada una sensación de mayor autonomía, aunque ello suponga tener que ceder el control a otras personas a corto plazo. Los contratos escritos, sobre todo si se han redactado cuando la persona afectada se siente bien, aumentan las probabilidades de éxito de las medidas preventivas que se hayan previsto.

Los episodios depresivos tienen una cualidad muy diferente. En general, no se manifiestan de repente y suelen durar mucho más que los episodios maníacos. Pero como en el caso de éstos, identificar y combatir las primeras señales que indican la aparición de un episodio depresivo ayudarán a la persona afectada a sentir que tiene más control sobre su trastorno. En el capítulo siguiente veremos cómo puede usar una persona afectada el apoyo de su círculo más íntimo y examinaremos varias estrategias de carácter personal, como la activación conductual y la reestructuración cognitiva, para que los episodios depresivos no sean tan graves ni perjudiciales.

10

¿Qué hacer cuando se inicia un episodio depresivo?

> Un día te das cuenta de que toda tu vida es un desastre, de que vivirla no vale la pena, de que es un horror, una mancha oscura en el blanco terreno de la existencia humana. Una mañana te despiertas con el temor de tener que vivir... Y esto es lo que deseo dejar claro en relación con la depresión: que no tiene nada que ver con la vida. A lo largo de la vida hay tristeza, dolor y aflicción, y todas, en su oportuno momento, son normales; desagradables, sí, pero normales. La depresión pertenece a un ámbito totalmente distinto porque supone una ausencia total: la ausencia de afecto, la ausencia de sentimiento, la ausencia de respuesta, la ausencia de interés. El dolor que uno siente en el curso de una depresión mayor es un intento por parte de la naturaleza de llenar esta vacuidad (y es que la naturaleza, después de todo, aborrece el vacío).
>
> WURTZEL (1994, pág. 22)

En el trastorno bipolar, la depresión se puede manifestar en una forma «pura», cuando la persona se siente extremadamente triste, lenta, aletargada, fatigada y aturdida, o como parte de un episodio mixto, cuando el individuo experimenta tanto síntomas depresivos como maníacos. Muchos escritores han descrito la desesperación de la depresión, sobre todo de la llamada depresión mayor (por ejemplo, Jamison, 1995, 2000a; Manning, 1996; Solomon, 2001; Styron, 1992; Thompson, 1996). Con todo, lo más importante para las personas afectadas es aprender a reconocer las primeras señales que indican el inicio de una recidiva o recaída. El principal objetivo de este capítulo es presentar varias técnicas psicológicas de autocontrol que se pueden

aplicar con eficacia durante las fases iniciales de un episodio depresivo, antes de que la depresión incapacite a la persona. Cuando estas técnicas de autocontrol mejoran el estado de ánimo durante las fases iniciales, el individuo afectado puede evitar las intervenciones médicas que suelen ser necesarias cuando la depresión alcanza sus niveles más graves.

Estas intervenciones médicas suelen basarse en la administración de fármacos antidepresivos, mayores dosis de estabilizadores del estado de ánimo, terapia de electrochoque y hospitalización. Por las razones que se examinan en el capítulo 6, es mejor evitar algunas de estas intervenciones siempre que sea posible (por ejemplo, evitar los antidepresivos ya que pueden estimular la aparición de ciclos rápidos). Con todo, es esencial que las personas afectadas consulten con el médico la idoneidad de estas alternativas si las técnicas de autocontrol o la psicoterapia no impiden que la depresión vaya a peor.

En el próximo capítulo hablaré de los pensamientos e impulsos suicidas y de la manera de combatirlos. Estos pensamientos e impulsos son un componente muy común del síndrome del trastorno bipolar. No son nada de lo que avergonzarse: prácticamente todas las personas que sufren o han sufrido este trastorno han pensado alguna vez en el suicidio. Por suerte, hay maneras de impedir que una persona se hunda más en estos pensamientos cuando empiezan a surgir.

Pero, por encima de todo, este capítulo versa sobre la esperanza. La depresión es un aspecto muy doloroso de la condición humana y las personas con trastorno bipolar son quienes lo experimentan con más intensidad. Para empeorar aún más las cosas, puede que este dolor no sea evidente para los demás, que muchas veces creen que a la persona afectada le basta con animarse o reaccionar. Y eso es imposible. Sin embargo, hay algunas cosas que las personas afectadas pueden hacer para combatir la depresión, y casi siempre con la ayuda de los demás.

La depresión es una enfermedad, no un fallo del carácter

Alexis, una mujer de 37 años de edad con trastorno bipolar II, se había estado tratando durante años a causa de un estado depresivo persistente que, de vez en cuando, se agravaba y la dejaba incapacitada. Para intentar aliviar esta depresión había tomado fármacos antidepresivos y

hierbas medicinales, había hecho psicoterapia cognitiva y de grupo y, en ocasiones, había hecho ejercicio «hasta desfallecer... hasta que el cuerpo no podía más». Cuando sufría un episodio depresivo solía culparse por ser débil, por no tener el valor de afrontar sus problemas, por no poder alcanzar sus objetivos. Había oído que la depresión tenía unas fuertes bases biológicas, sobre todo la depresión asociada al trastorno bipolar, pero nunca había acabado de conectar este hecho con su propia situación.

Pero un día se produjo un gran avance. Fue cuando su médico le dijo: «Si tuviera diabetes, ¿se culparía usted por no poder controlar el nivel de azúcar en la sangre?». A partir de este momento, Alexis empezó a ver que necesitaba cambiar su actitud hacia la depresión y dejar de intentar librarse de ella y de sentirse una inútil por no poder hacerlo. Cuando empezó a ver que su depresión era una enfermedad causada por factores que no estaban totalmente bajo su control y que era algo con lo que debía aprender a convivir, su estado de ánimo empezó a mejorar, si bien de una manera gradual. Comprendió que aceptar la realidad de su depresión no era lo mismo que rendirse a ella.

Al final reconoció que, cuando estaba deprimida, necesitaba reducir el ritmo, cuidarse (dormir de una manera regular y equilibrar el trabajo con actividades agradables), no presionarse a sí misma y no esforzarse en exceso para luchar contra la depresión con una actividad frenética. Nunca ha llegado a librarse por completo de la depresión, pero ahora la ve desde otra perspectiva: «Ahora ya no hago caso de esos viejos clichés de mi mente que me decían que era una inútil. Ahora veo que quien hablaba era la depresión».

Cuando contraemos una gripe, la mayoría de nosotros dedicamos unos días a recuperarnos y no nos exigimos hacer muchas cosas durante la convalecencia. Del mismo modo, si sufriéramos un dolor crónico en la zona lumbar, seguramente dejaríamos de alzar objetos pesados, no nos sentaríamos durante horas en la misma postura y elegiríamos una forma de ejercicio físico que no fuera contraindicada para esta dolencia. Lo más probable es que prestáramos más atención a las cosas que contribuyen a aliviar este dolor y que procuráramos evitar las que lo empeoran.

Es conveniente intentar ver la depresión típica del trastorno bipolar de la misma manera que vemos la gripe, los dolores crónicos o ciertas enfermedades duraderas como la diabetes. A nadie se le ocurriría culpar a un diabético por no poder controlar el metabolismo del azú-

car ni acusar a una persona epiléptica de no querer evitar los ataques. De la misma manera, el individuo afectado de una depresión no tiene por qué culparse de sufrirla. Como decía en el capítulo 5, la depresión del trastorno bipolar está muy influida por factores bioquímicos, genéticos y neurológicos. No es en modo alguno un defecto del carácter o de la personalidad.

Ni siquiera la explicación tan extendida de la depresión que la atribuye a un nivel bajo de la llamada «autoestima» se puede aplicar con fundamento a la depresión del trastorno bipolar. Muchas personas piensan que si alguien sufre una depresión es que no tiene un buen concepto de sí misma. Puede que esta autoimagen negativa caracterice la sensación que experimenta una persona cuando está deprimida, pero esta imagen puede ser totalmente diferente cuando la persona se encuentra bien. En otras palabras, una «autoestima» baja no es una característica de la depresión: como mucho, no será más que un simple síntoma. En realidad, uno de los principales autores de nuestro campo, Martin Seligman, de la Universidad de Pensilvania, ha comparado la «autoestima» con un indicador del nivel de gasolina: es una medida de cómo «nos va» en un momento dado —cuánto combustible hay en el depósito— pero puede cambiar en función de lo que seamos capaces de lograr (Seligman y otros, 1996).

La depresión no se debe a una negativa a aceptar la responsabilidad, ni al temor a afrontar la realidad, ni a la pereza, la cobardía o la debilidad. Es una enfermedad. Sin duda hay cosas que se pueden hacer para sentirse mejor o, por lo menos, para impedir que la depresión se agrave. Pero el hecho mismo de que una persona sufra una depresión o de que le cueste mucho salir de ella dice más de su biología que de su esfuerzo, su voluntad o su «autoestima». Tener presente esta realidad básica de la depresión no hará que desaparezca, pero puede hacer que sea más fácil afrontarla.

Distintos estilos de afrontar la depresión

En este capítulo y en el próximo recomendaré diversas técnicas para afrontar la depresión. Estas técnicas o estrategias suponen cambios en la conducta y el pensamiento de la persona, y en sus relaciones con los demás. Y veremos que algunas de estas técnicas se basan

en la distracción. Distraerse de una manera positiva significa buscar y emprender actividades agradables que mantengan a la persona ocupada y la ayuden a mantener su mente alejada de su dolor y de su angustia. Algunos ejemplos son buscar la compañía de personas cercanas, hacer ejercicio, escuchar música, leer y relajarse.

Algunas estrategias se basan en reconocer las emociones, es decir, en hacer que la persona reconozca que está deprimida y que experimenta dolor, y en que observe ese dolor, lo etiquete y lo acepte sin dejarse abrumar por él, como en el caso de Alexis. Normalmente, esta técnica supone que la persona afectada hable de sus sentimientos con alguien que la comprenda y le ofrezca su apoyo.

Otra estrategia, la reestructuración cognitiva, supone aprender a combatir las pautas negativas de pensamiento acerca de situaciones o sucesos concretos (por ejemplo, los pensamientos de culpa) y considerar otras maneras de contemplar e interpretar esas situaciones o sucesos. Como veremos, estas estrategias no se excluyen mutuamente. En realidad, las personas que mejor sobrellevan los episodios depresivos del trastorno bipolar parecen ser las que pueden aplicar las tres estrategias en circunstancias y momentos diferentes.

¿Cómo sabe una persona que está deprimida?

La depresión no es simple estado de tristeza. Como saben muy bien quienes han sufrido una depresión grave, puede ser un estado marcado por embotamiento, sensación de vacío, inhibición, pérdida de interés, incapacidad de experimentar placer y retraimiento (véase la cita de Elizabeth Wurtzel al principio de este capítulo). Y hay personas que, cuando están deprimidas, en lugar de sentirse tristes se sienten atontadas o adormecidas. Por otro lado, las personas que sufren episodios mixtos suelen tener una sensación de fatiga y agotamiento y, al mismo tiempo, se sienten irritables y ansiosas («cansadas pero "marchosas"»). De la misma manera que los estados maníacos no siempre generan felicidad, la depresión no siempre está marcada por la tristeza. Pero a diferencia de los estados maníacos, la depresión casi nunca es agradable o embriagadora.

A las personas afectadas les puede ser útil responder a la «escala de autoevaluación de la depresión» de Zung (1965) que se presenta a

continuación. El objetivo de esta escala es medir la gravedad de la depresión que una persona ha experimentado durante los últimos días. El cuestionario se rellena respondiendo a las preguntas en función de los sentimientos o las sensaciones que la persona haya experimentado la mayor parte del tiempo. Al final se suman las puntuaciones teniendo presente que el total puede ir de 20 (sin depresión) a 80 (fuerte depresión). Obsérvese que en algunos ítem la puntuación es positiva y que en otros es negativa. Los ítem negativos (por ejemplo: «Me cuesta dormir por las noches») se puntúan con un «1» si la respuesta es «Muy poco» y con un «4» si la respuesta es «Casi siempre». Los ítem positivos se puntúan al revés. Es decir, «Tengo esperanza en el futuro» y «Aún disfruto con lo que me gusta» se puntúan con un «1» si la respuesta es «Casi siempre» y con un «4» si es «Muy poco». Los ítem positivos están marcados con un asterisco.

En general, las personas que obtienen puntuaciones inferiores a 50 no se consideran deprimidas y las que obtienen entre 50 y 59 se considera que sufren una depresión leve. Las personas que obtienen puntuaciones entre 60 y 69 sufren una depresión que va de moderada a fuerte y que merece la atención de un médico o un psicoterapeuta; y una puntuación de 70 o más indica una depresión grave y probablemente incapacitadora que exige un tratamiento inmediato (Nezu y otros, 2000; Zung, 1965). Se debe tener presente que estas puntuaciones pueden cambiar de una semana a otra. Así es la naturaleza de la depresión, sobre todo en las personas con trastorno bipolar.

Si una persona obtiene una puntuación entre 50 y 70, que indica que en el momento de responder al cuestionario está sufriendo una depresión, las técnicas de autocontrol que se describen en este capítulo y en el siguiente le serán útiles de inmediato. Pero también lo son cuando una persona obtiene una puntuación inferior a 50 y desea aprenderlas para prevenir o aliviar futuros episodios depresivos.

¿Cómo aparece y desaparece la depresión?

La depresión viene y se va de diferentes maneras en distintas personas. Aquí hablaré de dos tipos de inicio o manifestación de las depresiones tal como los experimentan las personas con trastorno bipolar. Es útil saber que para algunas personas estos inicios son muy

Escala de Zung para la autoevaluación de la depresión

Fecha _____

Lea cada una de las siguientes afirmaciones y decida cuánto tiempo ha experimentado la sensación correspondiente durante los últimos días.

Coloque una «X» en la columna apropiada	Muy poco	A veces	Bastante	Casi siempre
1. Me siento desanimado y triste				
2. Me siento mejor por la mañana *				
3. Tengo un nudo en la garganta o me pongo a llorar				
4. Me cuesta dormir por las noches				
5. Como tanto como siempre *				
6. Aún disfruto con el sexo *				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo problemas de estreñimiento				
9. El corazón me late más rápido que de costumbre				
10. Cualquier cosa me cansa				
11. Tengo la mente tan clara como siempre *				
12. Hago las cosas de siempre con la misma facilidad *				
13. Me siento inquieto y me muevo constantemente				
14. Tengo esperanza en el futuro *				
15. Estoy más irritable que de costumbre				
16. Me es fácil tomar decisiones *				
17. Me siento útil y valorado *				
18. Llevo una vida bastante plena *				
19. Creo que a los demás les iría mejor si me muriera				
20. Aún disfruto con lo que me gusta *				

A continuación, obtenga la puntuación total, que debe estar entre 20 y 80. Los ítem marcados con un asterisco (2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20) se puntúan al revés (Muy poco = 4 y Casi siempre = 1). Los ítem restantes se puntúan de 1 (Muy poco) a 4 (Casi siempre).

Adaptado de Zung (1965) con autorización. Copyright by the American Psychiatric Association. La multinacional de la industria farmacéutica GlaxoSmithKline reproduce esta escala en su página web: www.wellbutrin-sr.com/hcp/depression/zung.html (julio de 2001).

dramáticos, mientras que para otras son muy sutiles. Si los episodios de un individuo tienen un inicio sutil, puede que no siempre esté claro (para la persona afectada o para sus allegados) si una depresión es un nuevo episodio o es la continuación de un episodio anterior. Con la experiencia, la persona puede llegar a distinguir diferencias sutiles en la gravedad de la depresión o en sus niveles de energía o de actividad.

En el primer tipo de inicio de un episodio depresivo, al que llamo tipo *recidivante clásico*, se desarrolla un trastorno depresivo o mixto completo tras un período en el que la persona se ha encontrado normal (con su estado de ánimo típico) o inmediatamente después de un episodio maníaco, prácticamente sin solución de continuidad. El inicio de estos episodios depresivos no suele ser tan repentino como el inicio de un episodio maníaco o hipomaníaco: normalmente, se da después de una bajada paulatina del estado de ánimo a lo largo de varios días, semanas e incluso meses, hasta que la persona alcanza un estado depresivo o mixto completo. Para algunos individuos, este inicio puede estar relacionado con unas circunstancias o unos sucesos concretos (véase el capítulo 5).

En el otro tipo de inicio de un episodio depresivo, que recibe el nombre de *doble depresión*, la persona se encuentra en un estado continuo de tristeza (trastorno distímico) que puede haber durado años y que aun siendo muy desagradable no la incapacita para actuar. Luego, por encima de este trastorno distímico, se desarrolla un episodio depresivo mayor. Este nuevo episodio depresivo es como una cocción «a fuego lento»: se desarrolla día a día de una manera gradual y perniciosa, prácticamente imperceptible. Cuando esta depresión profunda remite no desaparece del todo y la persona suele volver a un estado distímico o a un estado depresivo más leve. Estos ciclos pueden llegar a ser muy frustrantes y desmoralizadores.

Obsérvese que cuando describo estos patrones no me refiero a la depresión como un cambio en relación con el estado de ánimo normal. Según mi experiencia, las personas que padecen trastorno bipolar nunca acaban de sentir que vuelven a un estado de ánimo normal; al contrario, sienten que su estado de ánimo está fluctuando constantemente. Muchas dicen que siempre están algo deprimidas. Naturalmente, no está del todo claro qué significa un estado de ánimo normal para una persona corriente: algunas personas parecen sentirse bien la

mayor parte del tiempo, mientras que otras siempre están algo ansiosas, enfadadas, aburridas, desilusionadas o tristes.

Independientemente de que una persona sufra una depresión recidivante clásica o una doble depresión, es importante que aprenda a reconocer los síntomas prodrómicos que anuncian un nuevo episodio. Como decía en el capítulo 9, los síntomas prodrómicos son las primeras señales que indican un cambio del estado de ánimo. Para alguien que vive en un estado distímico continuo, es probable que los síntomas prodrómicos de un nuevo episodio depresivo sean más sutiles que los síntomas que experimentan las personas con episodios depresivos recidivantes clásicos y que, en general, reflejen cambios en el *nivel de intensidad* de los síntomas depresivos (por ejemplo, la gravedad de los impulsos suicidas). Con todo, saber cómo intervenir cuando aparecen estas señales puede tener una importancia fundamental para la estabilidad del estado de ánimo y el bienestar del individuo. Las estrategias de autoprotección que se presentan en este capítulo pueden impedir que la depresión se exacerbe tanto como podría o hacer que los «rebotes» distímicos sean más tolerables. Es importante tener presentes estos objetivos: *el hecho de que la depresión no desaparezca por completo no indica que la persona haya fallado en sus intentos de afrontarla* (véase el caso de Alexis presentado anteriormente).

¿Cómo sabe una persona que su depresión se agrava?: la espiral anímica

Hay un síntoma de la depresión que parece alimentarse de los demás: los estados de ánimo negativos como la tristeza o la ansiedad, junto con ciertos síntomas físicos de la depresión como el aletargamiento o el insomnio, generan pensamientos negativos (como una autoimagen negativa o una voz interior extremadamente crítica) y viceversa. La combinación del estado de ánimo negativo, los patrones negativos de pensamiento y los cambios físicos pueden hacer que la persona se sienta menos motivada para el esfuerzo, lo que a su vez puede hacer que se retraiga y que aumente la negatividad de sus pensamientos y de su estado de ánimo. Este patrón tan perjudicial se denomina «espiral anímica». Veamos a modo de ejemplo las experien-

cias de dos personas con trastorno bipolar que han sufrido episodios depresivos.

Denise, una mujer de 27 años de edad con trastorno bipolar II, solía tener un estado de ánimo ligeramente depresivo y pesimista a pesar de seguir escrupulosamente su régimen de Tegretol y Paxil. Sus episodios depresivos más graves seguían un curso gradual pero previsible. La primera señal de una recidiva era empezar a cavilar sobre cosas o fenómenos reales pero exagerados de una manera totalmente desproporcionada. Por ejemplo, antes de su episodio más reciente, se había sentido menospreciada por un compañero de trabajo y estaba enfadada consigo misma por no haber respondido adecuadamente a su desaire. Luego empezó a exagerar la importancia de este suceso hasta llegar a pensar que ningún compañero de trabajo la apreciaba. Se volvió muy crítica consigo misma, diciéndose que su incapacidad para las relaciones personales hacía que los demás la detestaran. Su depresión fue empeorando y cada vez le costaba más ir a trabajar. Su rendimiento comenzó a bajar y también empezó a padecer insomnio. Después estuvo unos días de baja y al final acabó pidiendo una excendencia, tras lo cual se encerró en su casa totalmente retraída y sin hacer nada salvo llorar y pensar en el suicidio.

Denise acabó superando sus depresiones mediante una combinación de cambios en la medicación (un aumento de las dosis del estabilizador del estado de ánimo), sesiones periódicas de psicoterapia y unos ejercicios de activación conductual propuestos por su psicoterapeuta. Estos ejercicios suponían dedicar tiempo a los amigos y vecinos, varias formas de ejercicio físico suave y realizar actividades conjuntas con su sobrina.

Carlos, de 35 años de edad, padecía un trastorno bipolar I con depresión recidivante clásica. Ya había sufrido muchos episodios y había aprendido a reconocer los síntomas que indicaban el inicio de un episodio depresivo con rasgos mixtos. Sus síntomas prodrómicos se manifestaban en forma de fatiga leve, somnolencia y falta de concentración. Estas señales solían ir acompañadas de ansiedad, miedo y una sensación de «susto constante».

Por suerte, cuando se había sentido bien, Carlos y su psicoterapeuta habían acordado un plan de prevención para evitar sus peores síntomas. Este plan incluía seguir unos horarios constantes para acostarse y levantarse, ingerir más proteínas y menos hidratos de carbono,

evitar el alcohol y otras sustancias, entrar cada día en contacto por lo menos con una persona que le provocara sensaciones positivas y tomarse un descanso en el trabajo cuando lo creyera necesario. Asimismo llevaba una especie de «registro de pensamientos» (véase la pág. 316) donde anotaba ejemplos de pensamientos de culpa o de generalizaciones exageradas sobre su situación (por ejemplo: «Nunca he tenido ni un momento de alegría o satisfacción»). También aprendió a contrarrestar estas ideas con otros pensamientos más positivos («Estoy pasando por un período difícil... Pero ya me ha ocurrido antes y he salido adelante... La depresión dará un tinte sombrío a mis sentimientos y percepciones»).

El objetivo del cuestionario que se presenta a continuación es que la persona afectada especifique los síntomas prodrómicos de sus depresiones (su espiral anímica). No se trata de una lista exhaustiva y se ofrecen espacios para detallar los síntomas que no se incluyen en ella. Cuando la persona lo rellene, es conveniente que intente recordar la última depresión que haya sufrido. Si se habla en plena depresión cuando rellena el cuestionario, deberá intentar recordar sus fases iniciales. ¿Cuáles han sido las primeras señales? Si ya se sentía deprimido cuando empezaba a desarrollarse el nuevo episodio, ¿cómo se dio cuenta de que estaba empeorando? Como en el cuestionario para los síntomas prodrómicos de los episodios maníacos, es muy recomendable incluir cualquier información que puedan ofrecer los familiares o amigos que hayan vivido las fases iniciales de la depresión.

Obsérvese que los síntomas prodrómicos de la depresión son diferentes de los síntomas maníacos (véase el capítulo 9). En general, los síntomas de la depresión suponen sensación de lentitud, negatividad, falta de motivación, indiferencia, ofuscamiento y desesperación. En cambio, los síntomas prodrómicos de un episodio maníaco suponen sentirse acelerado o «marchoso», muy motivado, lleno de energía, mentalmente ágil y, con frecuencia, con un exceso de optimismo que puede llegar a la grandiosidad.

Se recomienda que la persona afectada tenga siempre a mano la lista de sus síntomas prodrómicos depresivos. De este modo, si siente que su estado de ánimo o su nivel de energía empiezan a cambiar, la podrá consultar para determinar si está experimentando o no los inicios de un episodio depresivo y, si es así, empezar a aplicar alguna estrategia de autoprotección. Como ocurría con la lista de síntomas

prodrómicos maníacos, es recomendable poner esta información en conocimiento de las personas más cercanas (cónyuge, padres, amigos de confianza) para que puedan reconocer los inicios de una depresión y estar en la posición de ofrecer ayuda (por ejemplo, escuchando a la persona, cuidando de sus hijos, distrayéndola o avisando al médico).

Estrategia de autoprotección n° 1: el método de la activación conductual

> Cuando me deprimo, hasta me cuesta salir de casa. Me retraigo, me siento muy cansada, sólo pienso en blanco y negro, y le doy la vuelta a cualquier cosa buena que me pueda pasar. Pero he aprendido a no rendirme. Sé que el mediodía es el peor momento, así que entonces me obligo a ir al gimnasio aunque rezo para que nadie me dirija la palabra. Otros días salgo a tomar un café con una amiga. Es difícil y hasta me horroriza, me siento tan desanimada que no creo que lo pueda hacer. Pero es indudable que me ayuda.
>
> *Mujer de 41 años de edad con trastorno bipolar II*

La activación conductual, que es uno de los componentes más importantes de la psicoterapia cognitiva-conductual (Beck y otros, 1979; Jacobson y otros, 1996), se basa en dos supuestos. En primer lugar, la depresión produce una reducción de las actividades agradables o «refuerzos positivos». Es decir, la persona deprimida tiende a realizar menos cosas que la ayudarían a obtener algo positivo de su entorno. En segundo lugar, la ausencia de estos refuerzos empeora la depresión y hace que la persona se retraiga aún más. Es indudable que la depresión hace que quienes la sufren tengan muchas dificultades para poder hacer algo. Pero también es cierto que, en combinación con la predisposición biológica, el hecho de no interaccionar con el entorno refuerza la depresión y hace que la persona se sienta cada vez peor.

La depresión tiene la dudosa virtud de hacer que las personas afectadas pierdan el gusto por las cosas que solían hacer con agrado, como si hubieran perdido todo su atractivo. A veces, los sucesos que causan una depresión (como el fin de una relación) desembocan en una limitación del contacto con las personas en cuya compañía dis-

Listado de los síntomas prodrómicos de la depresión

Escriba un par de adjetivos que describan su estado de ánimo cuando sus episodios depresivos se empiezan a manifestar (ejemplos: triste, ansioso, temeroso, irritable, gruñón, desanimado, «depre», chafado, atontado, aburrido).

Describa los cambios de su nivel de actividad y de energía cuando se desarrolla un episodio depresivo (ejemplos: sensación de lentitud, retraimiento, movimientos lentos, hablar más despacio, hacer menos cosas, actividad sexual escasa o nula, sensación de fatiga, sentirse «cansado pero marchoso»).

Describa los cambios de pensamiento y de percepción (ejemplos: pensamiento más lento, pérdida de interés, los colores parecen apagados, la gente parece moverse con mucha rapidez, actitud muy autocrítica, sentimientos de culpa, lamentarse por hechos pasados, desesperación, dificultad para concentrarse, no poder tomar decisiones, pensamientos suicidas, cavilaciones y preocupación).

Describa los cambios de su patrón de sueño (ejemplos: querer dormir más; despertarse en plena noche, dificultad para conciliar el sueño, despertarse una hora o dos antes de lo normal).

Describa cualquier otra cosa que parezca diferente cuando empieza a sufrir una depresión.

frutaba la persona y en una disminución de las actividades que la hacían disfrutar. Todo esto provoca que el afectado se vaya retrayendo cada vez más. Pero cuando una persona está deprimida, lo peor que puede hacer es quedarse en la cama, encerrarse en casa y evitar a la gente. Naturalmente, es comprensible que actúe así y puede que lo deba hacer de vez en cuando. Pero si este estado de inactividad acaba dominando su vida, la depresión no hará más que empeorar: «Cuanto más hacemos, menos deprimidos nos sentimos; y cuanto menos deprimidos nos sentimos, más animados nos encontraremos para hacer más cosas» (Lewinsohn y otros, 1992, pág. 74).

El objetivo de la activación conductual es intentar que la persona entre más en contacto con su entorno físico y social hasta que empiece a sentirse mejor. Naturalmente, es necesario que siga un programa regular de rutinas y actividades agradables aunque se encuentre bien (véase el capítulo 8), pero es especialmente importante que inicie los ejercicios de activación en cuanto detecte un empeoramiento de su estado depresivo. En este apartado presentaré unas cuantas instrucciones para aplicar el método de la activación conductual. Para más información al respecto recomiendo consultar el libro de autoayuda *Control your depression*, de Peter Lewinsohn y otros (1992).

Hacer una lista de actividades agradables

La persona afectada empezará examinando la última semana o, si lo prefiere, tomando apuntes durante la semana siguiente. Si lleva un registro de su estado de ánimo podrá aprovecharlo para obtener información sobre sus hábitos diarios. La persona se deberá plantear las siguientes preguntas:

- ¿Su actividad cotidiana se caracteriza por una falta de estructura?
- ¿Hay largos períodos de tiempo en los que no tiene nada que hacer?
- ¿Hay unos momentos concretos del día donde la depresión sea más acusada?
- ¿Las mañanas se hacen muy largas, sin ninguna perspectiva agradable o atractiva?
- ¿Los fines de semana se ven como una montaña porque en ellos no hay nada que hacer?

- ¿El trabajo es atractivo simplemente porque supone salir de casa?

O también:

- ¿Los días están demasiado llenos de actividades necesarias por razones laborales o familiares que no producen ningún placer?
- Si ahora no trabaja, ¿existe un buen equilibrio entre actividades agradables y actividades «por obligación»?
- ¿Emprende suficientes actividades positivas y agradables que impidan el empeoramiento del estado de ánimo?

A continuación, la persona deberá detallar tantas actividades agradables o atractivas como pueda. Es posible que le resulte difícil si está deprimida, pero rellenar el cuestionario de la página siguiente la ayudará a ponerse en marcha. Al final del mismo se ofrece una lista con ejemplos de actividades que muchas personas encuentran agradables cuando están deprimidas. La persona deberá anotar cualquier actividad que le pueda ser agradable aunque no parezca viable o factible (por ejemplo, es posible que le guste pescar pero que no tenga cerca ningún lugar donde hacerlo).

Naturalmente, el hecho de escribir una lista de actividades no significa que se deba intentar hacerlas todas. En realidad, el objetivo de esta lista es detallar una serie de actividades o sucesos agradables para luego introducir cada día una de ellas (o más de una si la persona se siente capaz). Es especialmente importante intentar detallar actividades que tengan el potencial de: 1) hacer que el individuo afectado entre en contacto con otras personas que la hagan sentirse valorada o respetada (por ejemplo, salir de excursión con algunos amigos), 2) hacer que la persona tenga un objetivo y se sienta competente (por ejemplo, tomar clases de piano o aprender un idioma), y 3) hacer que experimente otras emociones aparte de la depresión (por ejemplo, ver una película cómica, estar en contacto con la naturaleza). Naturalmente, lo que puede ser agradable para unas personas puede que no lo sea para otras y viceversa (véase una lista ampliada en Lewinsohn y otros, 1992). Es recomendable que la persona afectada sólo escriba en la lista actividades que realmente quiera hacer y con las que sabe que va a disfrutar.

Lista de actividades agradables

Especifique todas las actividades agradables que pueda. Incluya aquellas que le hagan entrar en contacto con otras personas, que le hagan sentirse competente y que le permitan experimentar otras emociones aparte de la depresión.

(Ejemplos: pasear, tocar un instrumento, sacar al perro, mirar un programa de televisión, ir a la biblioteca, hablar por teléfono con un amigo, hablar con un psicólogo, hacer deporte, ver una película de humor, mantener relaciones sexuales, montar en bicicleta, escuchar música, dedicarse a una afición, tomar un café en el bar, cocinar, conducir, coser, bailar, trabajar de voluntario en un albergue para indigentes, escribir un diario, tomar fotografías, seguir un curso, pintar o dibujar, pasarse un buen rato en la bañera, comer en un restaurante, escuchar una cinta de relajación, salir de compras, salir de excursión, cultivar un huerto, cuidar un jardín, rezar, meditar, salir a nadar, almorzar fuera de casa, asistir a una conferencia, lavarse el pelo, tumbarse al sol, jugar con un animal de compañía.)

Fuente: Lewinsohn y otros (1992).

Programar actividades agradables

A continuación, deberá elegir de la lista una o dos actividades que tenga que realizar cada día de la semana siguiente (véase la «Programación de actividades agradables» de la página siguiente).

Programación de actividades agradables

Día de la semana y hora prevista	Actividades agradables	Hora en la que se ha realizado realmente la actividad	Estado de ánimo antes y después de la actividad (–3/+3)	
Lunes	1.	1.		
	2.	2.		
Martes	1.	1.		
	2.	2.		
Miércoles	1.	1.		
	2.	2.		
Jueves	1.	1.		
	2.	2.		
Viernes	1.	1.		
	2.	2.		
Sábado	1.	1.		
	2.	2.		
Domingo	1.	1.		
	2.	2.		

La persona eligirá el día que hará cada actividad y consignará una hora concreta en la columna «Día de la semana». Si cree que una actividad al día es demasiado, puede optar por hacer una actividad cada dos días o cada tres, e ir aumentando la frecuencia a partir de aquí. Si la persona se siente muy deprimida o falta de energía, es mejor que escoja actividades fáciles como vestirse con su ropa favorita, tomar un baño o pasarse cinco minutos tomando el sol. El simple hecho de que pueda hacer algo por sí misma cada día o cada pocos días, aunque sea poca cosa y no se vea capaz de hacer más, también tendrá un efecto terapéutico positivo.

Algunas actividades necesitan que la persona coordine su agenda con la de otras personas y también pueden suponer viajes largos, hacer reservas con mucha antelación (por ejemplo, entradas para conciertos, lecciones de esquí) y bastante dinero. Quizá sea más fácil elegir

al principio actividades que no requieran tanta planificación y, más adelante, ir introduciendo paulatinamente otras actividades que sí la exijan.

Es conveniente elegir actividades que no perturben las rutinas de trabajo o de sueño. Por ejemplo, si a una persona le gusta hacer ejercicio, deberá evitar hacerlo por la noche, sobre todo justo antes de acostarse. Si una persona disfruta conversando con otra pero luego se siente con mucha energía o muy «marchosa», será conveniente que evite esas conversaciones por la noche, a partir de una hora dada. También es conveniente que la persona no sea demasiado ambiciosa (por lo menos al principio) al programar actividades para primera hora de la mañana.

Más adelante, la persona deberá anotar la hora en que realmente ha realizado cada actividad. También deberá consignar su estado de ánimo mediante la escala de puntuación empleada para el registro del estado de ánimo presentado en el capítulo 8 (y que va de –3 [muy deprimido] a +3 [muy maníaco]). La persona debe puntuar su estado de ánimo antes de empezar la actividad y una vez finalizada la misma. Por ejemplo, si la actividad elegida es cuidar el jardín, la persona deberá consignar su estado de ánimo justo antes de salir al jardín y más o menos una hora después de haber acabado. Será conveniente hacer copias del formulario antes de rellenarlo para poder usarlo en las semanas siguientes.

Obsérvese que se pide a la persona afectada que consigne su estado de ánimo tanto cuando es elevado como cuando está bajo. Como se ha dicho en capítulos anteriores, ciertas actividades pueden exacerbar los síntomas maníacos. Por ejemplo, el ejercicio físico suele mejorar el estado de ánimo, pero si una persona con trastorno bipolar hace demasiado puede provocar un episodio hipomaníaco. Es importante que las personas afectadas lleven un registro adecuado de sus actividades y de su estado de ánimo para poder determinar si ciertas actividades mejoran o empeoran su estado anímico.

Refinar el plan

Después de programar actividades agradables para una semana o más, la persona deberá evaluar si su plan es eficaz. ¿Las evaluaciones que ha hecho de su estado de ánimo son más positivas los días que ha

Impacto del plan de activación conductual

Día de la semana	Estado de ánimo (–3 a +3)	Marcar con una «X» si se ha seguido el plan de actividad
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Puntuación media del estado de ánimo los días que se ha seguido el plan _____
Puntuación media del estado de ánimo los días que no se ha seguido el plan _____

realizado una o más de las actividades agradables? Para determinarlo, es muy útil usar el cuestionario sobre el «Impacto del plan de activación conductual» (véase arriba), donde se puntúa cada día de la última semana usando una escala que va de –3 a +3 y se coloca una marca junto a los días en los que se ha realizado al menos una de las actividades previstas. Si el estado de ánimo variara mucho durante un día determinado, se le deberá dar la puntuación que mejor caracterice el día entero en lugar de puntuarlo en función del momento más difícil o duro. Luego se obtendrá un promedio de las puntuaciones del estado de ánimo para los días en los que se han realizado las actividades y para los días en los que no se han realizado. A partir de estos datos, la persona podrá determinar si su plan de actividad ha tenido un impacto positivo en su estado de ánimo durante la última semana.

Si el plan no funciona como debiera, se debe considerar la posibilidad de que las actividades elegidas sean demasiado difíciles, exijan demasiada planificación o no sean tan agradables como se pensaba. Por ejemplo, si una persona ha incluido aprender un idioma pero en realidad no le gusta estudiar, esta actividad se debe eliminar de la lis-

ta. Además, la persona también debe considerar el equilibrio entre las actividades que debe hacer y las actividades que realmente desea hacer. Si la depresión está relacionada con la ausencia de sucesos agradables y con la evitación de actividades desagradables que se deben realizar (como ordenar el trastero o preparar la declaración de la renta), es conveniente introducir en el programa una combinación de actividades agradables y obligadas. Pero tampoco hay que excederse y fijar una actividad obligada cada día. Lo mejor es ir llegando gradualmente a un equilibrio razonable y, por ejemplo, hacer dos actividades agradables y una actividad obligatoria cada día.

Si las cosas han ido bien hasta ahora y la persona ha notado que su estado de ánimo ha mejorado (o, como mínimo, que sus síntomas prodrómicos no han empeorado), se deberán introducir más actividades agradables a distintas horas del día. Por ejemplo, puede que la persona descubra que se siente mejor si tiene alguna cosa agradable que hacer a la hora del almuerzo (como sentarse en la mesa de la terraza), o al llegar a casa del trabajo o después de las clases. Si la persona no trabaja ni estudia, es muy importante que haya previsto actividades agradables al principio y al final del día para dotar a sus rutinas de alguna estructura.

El método de la activación conductual puede parecer superficial o demasiado evidente. Muchas personas pueden pensar: «*Claro* que debería hacer esas cosas. ¡El problema es que no *puedo*!». Cuando la depresión de una persona empeora gradualmente, es muy importante que restablezca el contacto con su entorno y haga cosas que le den una experiencia diferente de sus emociones. La clave es no obligarse o presionarse demasiado con estas actividades. Es mejor no intentar hacer demasiadas cosas al mismo tiempo. Al principio, lo ideal es elegir unas cuantas que sean fáciles de hacer (por ejemplo, dar paseos cortos, escuchar música, tomar un baño, observar pájaros, jugar a las cartas). Luego es cuestión de ir aumentando estas actividades día a día hasta que la persona acabe esperando que llegue el día siguiente a causa de las actividades agradables que ha programado. Es conveniente revisar el plan al final de cada semana para determinar qué es lo que no ha funcionado y por qué. Lo más probable es que las primeras veces no se puedan cumplir ciertos aspectos del plan. Pero no hay por qué desanimarse; pueden hacer falta unas semanas para formular un plan que realmente funcione.

Aunque pueda parecer sencillo, muchas personas se sorprenden al ver lo bien que funciona su plan para impedir que sus depresiones empeoren. Ello les otorga una sensación de dominio que las impulsa a ampliar el plan aún más.

Estrategia de autoprotección n° 2: el método de la reestructuración cognitiva

Muchas personas afectadas son conscientes de que su estado de ánimo está influido por las cosas que se dicen a sí mismas, es decir, por lo que llamamos «cogniciones» o «automensajes». Muchos estudios han mostrado que el pensamiento negativo está asociado con el estado de ánimo depresivo y ansioso (por ejemplo, Clark y otros, 1999; DeRubeis y otros, 1998). Las personas que sufren depresiones suelen tener unas «creencias básicas» negativas sobre sí mismas (por ejemplo: «No soy una persona agradable»), sobre la gente en general (por ejemplo: «Todo el mundo se guía por motivaciones egoístas») y sobre su futuro («Nunca voy a lograr mis objetivos/que me ame alguien/tener buena salud»). El supuesto básico de la psicoterapia cognitiva-conductual (Beck y otros, 1979) es que ciertos sucesos provocan unos «pensamientos negativos automáticos» distorsionados que reflejan unas creencias básicas de la persona sobre su inutilidad o su antipatía. Estos pensamientos y creencias básicos de carácter automático desempeñan un papel muy importante en la generación y el mantenimiento de los estados de ánimo y las conductas depresivas (por ejemplo, haciendo que la persona afectada se aísle de los demás). En la reestructuración cognitiva, la persona saca estos supuestos a la luz para ver si son lógicos y acertados o si hay otras maneras de interpretar sus experiencias. Será útil recordar aquí la explicación de la psicoterapia cognitiva del capítulo 6, ya que es uno de los tratamientos más eficaces para los trastornos depresivos y de ansiedad (Clark y otros, 1999).

Es probable que la relación entre los pensamientos y el estado de ánimo no sea unidireccional: los estados de ánimo depresivos también generan pensamientos distorsionados y aumentan el acceso de la persona a recuerdos o imágenes negativas (Gotlib y Krasnoperova, 1998). Pero aprender a modificar los pensamientos negativos y sustituirlos por otras cogniciones más equilibradas puede contribuir a aliviar la depresión.

La reestructuración cognitiva supone una serie de pasos. En primer lugar, es necesario identificar los pensamientos automáticos o cogniciones asociadas a ciertas situaciones o sucesos perturbadores y vincular estos pensamientos con el estado de ánimo. Seguramente, la persona encontrará que ciertos pensamientos o imágenes tienen más poder que otros para suscitar sus reacciones emocionales (cogniciones «vivas»). En segundo lugar, se evalúan las pruebas a favor y en contra de estos pensamientos automáticos. Luego, a partir de esta evaluación, la persona aprende a cambiar sus pensamientos originales por cogniciones que ofrezcan una interpretación más equilibrada de sus experiencias. Por último, se observan los efectos de estas nuevas cogniciones en el estado de ánimo.

Este método no consiste en cambiar alegremente unos pensamientos negativos por otros positivos, algo que muchas personas podrían encontrar superficial y poco realista. En cambio, *supone que la persona reflexione sobre otras maneras más equilibradas de interpretar lo que ha vivido y que contemple su situación desde varias perspectivas diferentes*. Veamos un ejemplo muy sencillo: algunas personas afectadas, cuando alguien las trata mal, se culpan automáticamente de ello, sin tener en cuenta la posibilidad de que la otra persona pueda tener un mal día o se comporte de la misma manera con todo el mundo.

En este apartado describiré el método de la reestructuración cognitiva junto con algunos ejercicios que facilitan su aprendizaje. Al igual que la programación de actividades agradables, la reestructuración cognitiva suele ser mucho más eficaz cuando la persona empieza a notar la aparición de uno o más síntomas prodrómicos depresivos, antes de que la depresión llegue a ser grave. Para examinar este método con más detalle, recomiendo consultar el libro *Mind over mood*, de Dennis Greenberger y Christine Padesky (1995) u otros libros sobre la aplicación de la psicoterapia cognitiva-conductual a personas con trastorno bipolar (Basco y Rush, 1996; Newman y otros, 2001).

Paso 1: identificar pensamientos negativos

Jacob, de 49 años de edad, sufría un trastorno bipolar con graves episodios depresivos que se alternaban con episodios mixtos. Cuando se sentía bien, disfrutaba con su trabajo de entrenador de un equipo infantil de

fútbol. Pero cuando creía que un entrenamiento había ido mal (por ejemplo, porque él mismo no había estado muy concentrado o porque los niños no habían cumplido sus instrucciones), su estado de ánimo se venía abajo. Un día se dio cuenta de que tenía una cognición que venía a decir lo siguiente: «No sirvo para trabajar con niños. Tengo unos fallos de carácter tan grandes que los notan enseguida». A veces, bastaba que le viniera a la cabeza la palabra *carácter* para que su estado de ánimo se desmoronara. Así pues, la palabra *carácter* se había convertido para él en una cognición «viva» estrechamente vinculada con su estado de ánimo depresivo.

En realidad, Jacob era muy buen entrenador y tanto los niños del equipo como sus padres expresaban con frecuencia el aprecio que sentían por él. No obstante, estas cogniciones y el estado de ánimo resultante reforzaban su deseo de dejar de entrenar. Cuando se le pedía que explicara por qué pensaba que tenía mal carácter, tendía a centrarse en algún error que hubiera cometido y lo magnificaba o generalizaba de una manera desmedida («He estado impaciente con uno de los niños. He sido demasiado duro con él. No puedo trabajar bien con otras personas porque no tengo paciencia»).

El primer paso en la reestructuración cognitiva es que la persona sea consciente de los pensamientos, las imágenes o los recuerdos que le vienen a la cabeza cuando tiene alguna experiencia que influye negativamente en su estado de ánimo. Se debe prestar una atención especial a las experiencias relacionadas con el trabajo, la familia o las relaciones íntimas. Si observamos el «Registro de pensamientos» de la página siguiente que iremos examinando con más detalle a lo largo de este apartado, veremos que la persona debe elegir tres experiencias negativas que haya tenido la última semana y consignarlas en la tabla (columna 1). Luego debe puntuar su estado de ánimo (columna 2) como reacción a esos sucesos en función de una escala que va del 0 % (sin depresión) al 100 % (muy deprimido). También se puede usar la escala de puntuación de la que hablamos en el capítulo 8 (de –3 a +3) si la persona que rellena la hoja la encuentra más cómoda. El individuo afectado también deberá consignar otros estados de ánimo que pueda sentir (por ejemplo, ansiedad) y puntuar su intensidad. Es importante que consigne las sensaciones que haya experimentado durante cada suceso o inmediatamente después del mismo, no la sensación que haya sentido a lo largo del día completo.

Registro de pensamientos

1. Situación	2. Estados de ánimo	3. Pensamientos (imágenes) automáticos	4. Pruebas que apoyen los pensamientos automáticos	5. Pruebas que no apoyen los pensamientos automáticos	6. Pensamientos alternativos/ compensatorios	7. Puntuación de los estados de ánimo
¿Con quién ha estado? ¿Qué ha hecho? ¿Cuándo ha sido? ¿Dónde ha sido?	Describir el estado de ánimo con una sola palabra. Puntuar su intensidad (de 0 a 100 %).	Hágase las siguientes preguntas: ¿Qué me pasaba por la cabeza justo antes de sentirme así? ¿Qué dice esto de mí mismo, de mi vida y de mi futuro? ¿Qué es lo peor que podría pasar si fuera cierto? ¿Qué dice esto de lo que sienten/piensan otras personas de mí? ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de esta situación?	Rodee con un círculo el pensamiento automático de la columna anterior para el que esté buscando pruebas. Anote las pruebas que apoyen esta conclusión. (Intente no adivinar ni reinterpretar los hechos.)	Hágase las siguientes preguntas: Cuando no me siento así, ¿veo esta situación de una manera diferente? ¿He tenido alguna experiencia que demuestre que este pensamiento no siempre es cierto?	Hágase las siguientes preguntas: ¿Existe una manera alternativa o más equilibrada de concebir esta situación? Si otra persona se encontrara en esta situación, ¿cómo le propondría que la viera? Escriba pensamientos alternativos o compensatorios y puntúe el crédito que le merecen (de 0 a 100 %).	Copie los estados de ánimo de la columna 2. Vuelva a puntuar la intensidad de cada estado de ánimo (de 0 a 100 %).

Adaptado de Greenberger y Padesky (1995) con autorización. *Copyright* by The Guilford Press.

A continuación, la persona deberá recordar cualquier cognición negativa que le haya venido a la cabeza justo antes de que empezara a sentirse mal y también deberá examinar y anotar cualquier otra cognición que pueda tener mientras repasa esos sucesos. Estas anotaciones se deben consignar en la columna «Pensamientos automáticos». Para poder recordar mejor estas cogniciones o pensamientos automáticos, es útil hacerse preguntas como las siguientes (Greenberger y Padesky, 1995):

- ¿Por qué ha ocurrido ese suceso?
- ¿Qué me pasaba por la cabeza justo antes de que empezara a sentirme así?
- ¿Qué dice este suceso sobre mí o sobre lo que otros piensan de mí?
- ¿Qué significado puede tener esto para mi futuro?
- ¿Cuál es la peor razón por la que esto ha podido pasar?

Es muy probable que al principio la persona no sea consciente de ningún pensamiento o imagen y no pueda recordar cómo se sentía o qué pensaba después de un suceso concreto. Si a una persona le cuesta recordar, le será útil practicar centrándose en sucesos recientes que le hayan provocado fuertes reacciones emocionales (por ejemplo, una discusión con la pareja, conflictos con otras personas, problemas con el jefe en el trabajo). Es probable que estos sucesos estén estrechamente relacionados con ciertos pensamientos «vivos» claramente identificables. También es útil hablar o escribir sobre estas experiencias para ver si se pueden separar los *pensamientos* de los sentimientos.

Muchas personas también encuentran útil llevar consigo un pequeño bloc de notas o una grabadora para registrar sus pensamientos al experimentar algún suceso que les provoque emociones. Este tipo de registro «en tiempo real» facilitará un recuerdo preciso de los pensamientos y no será necesario intentar reconstruirlos después de los hechos. Con el tiempo, y a medida que la persona se vaya familiarizando con este método, estos instrumentos de registro ya no serán necesarios.

Algunas personas son más «visuales» que otras y sus pensamientos «vivos» suelen adoptar la forma de imágenes perturbadoras (por ejemplo, una imagen de la infancia, cuando otros niños se metían con ellos durante el recreo). En otras personas, estos pensamientos «vi-

vos» adoptan la forma de palabras concretas. Para Jacob, era la palabra *carácter*. Para Suzanna, era la palabra *loca*. Si la persona observa que algunas palabras o imágenes aisladas están asociadas a cambios de su estado de ánimo, deberá anotarlas en la columna de los pensamientos automáticos y tratar de desarrollarlas en una frase completa (por ejemplo: «Si sigo actuando así, la gente pensará que estoy loca»).

Imaginemos que una persona mantuvo una agria discusión con su padre la semana pasada y que desde entonces no ha dejado de darle vueltas a este suceso. Una manera adecuada de consignarlo sería escribir «Una conversación con mi padre que no fue bien» en la columna «Situación». Supongamos también que el estado de ánimo depresivo resultante fuera del 70 % (bastante deprimido) de un máximo posible del cien por cien (muy deprimido). En la columna etiquetada «Pensamientos automáticos», se anotarían las cogniciones o imágenes surgidas durante la conversación o inmediatamente después de ella y que podrían alimentar el estado de ánimo depresivo. Algunos ejemplos podrían ser: «Nunca conseguiré que se sienta orgulloso de mí» o «Le he vuelto a decepcionar».

Paso 2: cuestionar los pensamientos negativos

El siguiente paso es intentar modificar los pensamientos automáticos. Estos pensamientos se deberían considerar hipótesis sobre ciertos sucesos, no hechos incuestionables sobre los mismos. Para ello se usan las dos columnas siguientes, «Pruebas a favor» y «Pruebas en contra», donde se anotan los argumentos a favor y en contra de los pensamientos «vivos». Lo mejor es que la persona observe sus propios procesos de pensamiento actuando como lo haría un científico: ¿Hay alguna prueba a favor o en contra de la conclusión de que ha decepcionado a su padre? ¿Ha dicho el padre algo que indicara lo contrario? ¿Ha tenido la persona alguna experiencia reciente con su padre que indique que estas conclusiones no siempre son ciertas? ¿Está la persona pasando por alto algo positivo que su padre pueda haber dicho? ¿Podría ser que el estado de ánimo bajo de la persona le haya hecho ver la conversación de una manera distinta a como fue en realidad? ¿La habría visto de otra manera si su estado de ánimo fuera diferente? ¿El resultado de la conversación estaba realmente bajo su control? (Greenberger y Padesky, 1995).

El siguiente paso es rellenar la columna titulada «Pensamientos alternativos/equilibrados». Aquí es donde surge la oportunidad de considerar otros puntos de vista más equilibrados (en lugar de distorsionados) aunque la persona no crea totalmente en ellos. Es importante anotar cualquier otra causa, explicación o conclusión que se pueda extraer de este suceso y puntuar su credibilidad en una escala de 0 a 100 (100 significa que la explicación alternativa es totalmente creíble y 0 significa que no lo es en absoluto). Algunos ejemplos podrían ser: «Creo que mi padre no estaba de muy buen humor y que me puse a la defensiva» (40 %); «Tocamos el tema delicado del dinero, que siempre hace que nos exaltemos» (70 %); y «Mi padre me dijo que le había decepcionado, pero en la discusión salieron algunas cosas importantes de las que teníamos que hablar» (50 %). Una vez anotados estos pensamientos alternativos, y tras haber reflexionado sobre ellos, la persona deberá puntuar de nuevo sus estados de ánimo (depresión, ansiedad o cualquier otra emoción detallada en la segunda columna) usando la misma escala (de 0 a 100 %, o de –3 a +3).

Al desarrollar estos pensamientos alternativos, será conveniente que la persona aplique las siguientes estrategias (Greenberger y Padesky, 1995). Escribir una frase que resuma todos los argumentos a favor y en contra de la cognición que tenga del suceso (quizás uniendo estos argumentos con las palabras *y* o *pero*, como en los ejemplos del párrafo anterior). Considerar qué consejo daría a otra persona que se encontrara en la misma situación, tuviera los mismos pensamientos y el mismo estado de ánimo, y hubiera expuesto los mismos argumentos a favor y en contra. Considerar los resultados más buenos, más malos y más probables (realistas) si la cognición «viva» resultara ser cierta. Por ejemplo, si la cognición «He vuelto a decepcionar a mi padre» resultara ser cierta, uno de los peores resultados podría ser que el padre recuerde a la persona sus fracasos la próxima vez que vuelvan a hablar y que ello empeore su estado de ánimo; uno de los mejores resultados podría ser que el padre pida perdón y admita que estaba equivocado, con lo que el estado de ánimo de la persona mejorará; y un resultado realista podría ser que haya un poco de tensión cuando la persona vuelva a hablar con su padre, pero consiga dirigir la conversación hacia unos temas más cómodos.

Jacob, el entrenador de fútbol, evaluó las pruebas a favor y en contra de su pensamiento automático de culpa: «No sirvo para trabajar con niños». Había suficientes pruebas que indicaban lo contrario dados los muchos comentarios positivos que recibía desde hacía tiempo de su esposa, de los niños del equipo y de los padres. Al final pudo generar unos pensamientos más equilibrados como: «A veces, los niños no cooperan si no estoy fino»; «Entrenar es una tarea difícil hasta para el mejor entrenador»; «Hoy los niños estaban demasiado excitados y no tenían muchas ganas de aprender». Su estado de ánimo fue mejorando a medida que se fue repitiendo estos pensamientos compensatorios.

Otra persona con trastorno bipolar, Katrina, de 41 años de edad, había emigrado a Estados Unidos procedente de Hungría. Un año después de llegar obtuvo un trabajo en un instituto de un barrio deprimido para enseñar a adolescentes con problemas de desarrollo. Durante un día especialmente difícil, tres de los chicos de la clase la insultaron y le dijeron que era la peor docente que habían tenido. Por la noche se sintió muy deprimida y ansiosa, decidida a no volver al trabajo. Se tomó dos días de descanso alegando «agotamiento mental» y empezó a considerar los pensamientos que había tenido como reacción a ese episodio: «Quizá no debiera enseñar... No sé si tengo suficiente energía y voluntad... No soy buena maestra; no me las puedo arreglar yo sola... No es mi lugar; No puedo hacerlo». Al final identificó «No soy buena docente» como el pensamiento «vivo» que le provocaba más emociones y con más intensidad.

Al examinar las pruebas a favor y en contra de este pensamiento, Katrina recordó que había tenido que llamar al psicólogo escolar para que mediara en el conflicto, que ella misma sólo gustaba a los niños cuando era simpática e informal, pero no cuando realmente les enseñaba y que, según los otros profesores, este incidente parecía haberla afectado mucho más de lo que debería. Katrina también pudo obtener pruebas contrarias a esta cognición «viva», incluyendo el hecho de que la administración escolar había evaluado positivamente su práctica docente y que su anterior experiencia como maestra en Hungría había sido totalmente positiva. Admitía que «Los niños tienen problemas y se enfadan con todo el mundo» y que «Les he visto insultar a otros profesores». También recordaba que este incidente había empezado después de que uno de los chicos se hubiera burlado de otro chico de la clase.

Al final se decidió por unas cogniciones más equilibradas que no negaban su responsabilidad en el incidente, pero que también incluían las pruebas contrarias: «Soy una buena docente, pero tengo un grupo de alumnos difíciles con el que cualquiera tendría problemas... A veces no soy consciente de mis límites y no sé poner límites a los demás... Soy nueva en esto y no es difícil que pierda la calma... Aún puedo influir en su vida y ellos me enseñan muchas cosas sobre mí misma aunque a veces hieran mis sentimientos». Su estado de ánimo en reacción al incidente mejoró mucho al considerar estos pensamientos equilibrados. Con el tiempo, cuando su depresión se disipó, se centró en la cuestión más general de si quería enseñar, que en su mente se había confundido con la duda de si era o no buena profesora.

¿Qué distingue los patrones de pensamiento propios de la depresión del trastorno bipolar?

Hasta ahora, el método de la reestructuración cognitiva que he descrito se podría aplicar a casi cualquier forma de depresión o de ansiedad. Pero este método también es aplicable al trastorno bipolar, aunque los episodios depresivos propios de este trastorno tienden a ser mucho más graves que las depresiones experimentadas por las personas que pasan por alguna transición de la vida. Por lo tanto, cuando una persona con trastorno bipolar construya pensamientos alternativos o equilibrados, deberá tener en cuenta la influencia del trastorno —sobre todo sus bases biológicas y genéticas— en la modulación de sus opiniones sobre las causas de los sucesos negativos. ¿Los desequilibrios bioquímicos de su sistema nervioso explican su conducta en determinadas situaciones mejor que un fallo del carácter? ¿Es posible que sus reacciones emocionales «en caliente» se deban más al trastorno que a su incapacidad para tratar con la gente?

Por ejemplo, Jacob se dio cuenta de que los entrenamientos no salían tan bien cuando experimentaba los síntomas físicos de la depresión o de la ansiedad (por ejemplo, falta de concentración, dolor de cabeza, poca energía). Los días en que su estado de ánimo interfería con su labor como entrenador, introducía pensamientos equilibrados como: «Ya veo que hoy no ando muy fino ni sobrado de energía; es uno de esos días que no podré dar mucho de mí... Pero no se debe a ningún fallo de

mi carácter; es una cuestión biológica... La depresión hace que vea las cosas con más pesimismo del debido: pero el hecho de que no pueda controlar mi estado de ánimo no significa que no sea una buena persona». Estos pensamientos permitían que se aceptara a sí mismo cuando su estado de ánimo interfería con su nivel de exigencia.

Katrina se preocupaba porque decía ser «demasiado inestable en el plano emocional para dar una imagen coherente a sus ojos (de sus alumnos)». En efecto, es probable que las interacciones negativas con sus alumnos tuvieran en su estado de ánimo un efecto más poderoso del que cabría esperar en una persona sin trastorno bipolar, pero no era porque ella lo hubiera elegido. Aprendió a decirse a sí misma: «Voy a tener unos altibajos más intensos que un profesor normal», «No todas mis reacciones emocionales estarán bajo mi control, pero eso no significa que no pueda enseñar» y «Soy buena haciendo lo que hago y esto significa mucho para mí». También reconocía que, para relajarse después de trabajar, necesitaba más tiempo que algunos de sus compañeros de trabajo.

Veamos otro ejemplo. Supongamos que una persona ha tenido una serie de interacciones negativas con su jefe durante la última semana aunque en general siempre se ha llevado bien con él. ¿Es posible que su irritabilidad con el jefe se derive de unos síntomas depresivos o mixtos y no de que tenga «malas pulgas», o un «carácter irritable», o «problemas para llevarse bien con los demás», o «conflictos con las figuras de autoridad»? Quede claro que no estoy diciendo: «La culpa de todo la tiene el trastorno». Lo que recomiendo es adoptar una perspectiva más equilibrada de los factores que influyen en los sucesos de la vida, *incluyendo* el trastorno bipolar.

En resumen, la reestructuración cognitiva tiene el potencial de ayudar a las personas afectadas a aliviar su estado de ánimo depresivo identificando y revisando los pensamientos automáticos que activan este estado de ánimo. El papel que pueda desempeñar el trastorno bipolar en las reacciones emocionales a personas, situaciones y sucesos no se debe infravalorar. En combinación con métodos de activación conductual, la reestructuración cognitiva tiene el potencial de ayudar a aliviar la depresión o, como mínimo, a controlarla.

* * *

En este capítulo se han presentado unos instrumentos de autocontrol muy importantes para afrontar la depresión. La aplicación de estos instrumentos —identificar las señales de advertencia, programar actividades agradables y replantearse la manera de pensar y de responder a los sucesos de la vida— puede ser muy útil para controlar la espiral negativa de la depresión.

Si a una persona afectada no se le dan bien estos métodos al principio, no tiene por qué preocuparse: su dominio exige un poco de práctica y habilidad. Si la persona tiene acceso a un psicoterapeuta cognitivo-conductual, es recomendable que considere la opción de empezar a rellenar los cuestionarios aquí presentados con su colaboración.

El siguiente capítulo se dedica a una cuestión que muchas —en realidad, la mayoría— de las personas con trastorno bipolar se han planteado alguna vez: el suicidio. Este tema es muy incómodo para muchas personas. Pero al igual que ocurre con muchos otros atributos del trastorno bipolar, las personas afectadas podrán volver a tomar las riendas de su vida cuando contemplen los impulsos suicidas como unos síntomas de su enfermedad que exigen control. Veremos el papel especial de la psicoterapia, la medicación, los apoyos sociales y los instrumentos de autocontrol para aliviar la desesperación que puede conducir al suicidio.

¿Para Qué Sirve Y Como Se Construye Un Registro De Los Estados De Ánimo?

Un registro de los estados del ánimo permite tener una visión longitudinal de la historia de los episodios anímicos de su paciente. Esto es fundamental para el control de una enfermedad cuya característica central es la recurrencia de sus episodios.

El registro consta de tres partes:

1. **Registro retrospectivo**, que se construye desde el primer contacto con el paciente para poder reconocer el curso que ha tenido la enfermedad desde sus comienzos. Esta es una tarea que no termina con la reconstrucción inicial de la historia pues a lo largo del seguimiento del paciente siempre aparecerán datos nuevos que agregar y que enriquecen nuestro registro. Es recomendable comenzar con el último año, que usualmente el paciente recuerda mejor, para después saltar hacia el pasado, desde la infancia. Cuando se atienden pacientes jóvenes no se puede perder la oportunidad de obtener un registro retrospectivo lo más exacto posible, cosa que es difícil cuando la enfermedad lleva mucho tiempo o la historia de los primeros años ya es demasiado imprecisa (figura 1, plantilla de registro retrospectivo, 4 años).
2. **Registro prospectivo**, que se construye desde la primera consulta y en cada control, reconstruyendo lo que ha pasado entre visitas. Para ello es importante que el paciente esté familiarizado con el uso de este instrumento, por lo que se debe entrenar en el uso de un registro personal (figura 2, plantilla de registro prospectivo, 1 año).

3. **Registro personal**, que el paciente completa con una plantilla que el médico o psicólogo entrega al paciente o que puede descargar de algún sitio en internet con las instrucciones de cómo llenarlo. Usualmente comprenden un mes y los paciente van registrando sus estados anímicos en forma diaria, además de los otros eventos que se solicite completar. Se recomienda al paciente llenarlo diariamente, idealmente en la noche, manteniendo el registro en su velador, para llenarlo antes de dormir, así tener una visión panorámica y ordenada de lo que ocurrió durante el día. Usualmente los pacientes se mantienen motivados en llenar este tipo de registros solo por un tiempo breve (dos meses en promedio). Sin embargo este tiempo es suficiente para que aprendan la nomenclatura y el modo de registrar, así durante las visitas se hace más sencillo volver a reconstruir lo ocurrido entre visitas (figura 3, plantilla de registro personal, 1 mes).

Figura 1. Registro Retrospectivo de los Estados de Ánimo
Figura 2. Registro Prospectivo de los Estados de Ánimo
Figura 3. Registro Personal (mensual) de los Estados de Ánimo e Instrucciones

¿Cómo se construye el registro?

El registro se construye sobre una línea de tiempo, que representa los días, semanas o meses dependiendo del período de tiempo que comprenderá. Esta línea además representa la eutimia. Todo lo que se registra sobre esta línea corresponde a la exaltación anímica, euforia o manía y todo lo que está bajo esta línea corresponde al ánimo depresivo (figura 4).

Figura 4. Línea del tiempo y relación con el ánimo

¿Qué es lo que se registra?

En primer lugar se registra el ánimo. Ya hemos dicho que hacia arriba de la línea corresponde a la exaltación y debajo de la línea corresponde a depresión. La intensidad del cambio del ánimo se representa por la altura de las barras graficadas, que a su vez

dependerá del sistema que utilicemos para hacerlo. Revisemos los tres más relevantes desde mi punto de vista.

I. Método NIMH (Gabriele Leverich y Robert Post) (figura 5). Posiblemente este sea el método más conocido y se basa en una escala de 4 niveles dependiendo del grado de incapacidad del paciente. La idea es obtener una evaluación lo más objetiva posible del cambio anímico reflejado en la incapacidad conferida por el estado anímico. La incapacidad comprende los distintos ámbitos del funcionamiento: social, familiar, académico, y laboral, expresado en 4 niveles de gravedad:

    a. Leve: el cambio anímico no se refleja o solo en forma mínima en la conducta del paciente. Puede seguir realizando prácticamente todas la actividades, ya sea con un poco de esfuerzo en el caso de la depresión o quizás con algo más de eficiencia en el caso de la hipomanía. Sólo las personas más cercanas pueden notar algún cambio.
    b. Moderado bajo: aquí hay un cambio en la funcionalidad. El paciente logra realizar sus actividades pero con más esfuerzo. Otras personas puede notar el cambio y el paciente puede dejar de realizar algunas tareas más exigentes, ya sea por desánimo o menor energía en el caso de la depresión, o por distractibilidad, irritabilidad o impulsividad en el caso de la euforia.
    c. Moderado alto: el paciente tiene dificultades para realizar la mayoría de las tareas o deja de hacerlas. Mantiene actividades mínimas. Otros se preocupan por el paciente que puede no ser muy conciente de la magnitud del cambio.
    d. Grave: el paciente deja de realizar tareas básicas, requiere que otros lo cuiden o necesita internarse.

Figura 5. Método NIMH.

II. Peter Whybrow (chronorecord). Chronorecord es un sistema de registro electrónico de los estados de ánimo. Se basa en el sistema creado en papel por Peter Whybrow que consiste en una escala del 0 al 100, donde 50 refleja la eutimia. Es decir por sobre 50 corresponde a manía y bajo 50 a depresión. Al paciente se le pide que describa su estado más eufórico o maníaco que recuerde y se concuerda junto a él un puntaje en la escala para este episodio. De la misma forma se identifica las características del estado más depresivo que ha presentado y se le asigna un puntaje en la escala. De esta forma estos valores se convierten en anclas o hitos para referirse a los demás episodios que se grafiquen, de mayor o menor intensidad que los ya sufridos.

Figura 6. Peter Whybrow (Chronorecord)

III. David V. Sheehan, es psiquiatra reconocido por su dedicación a la investigación de los trastornos ansiosos. Sin embargo ha desarrollado cambios sustanciales en la práctica de la psiquiatría a través del diseño de la entrevista estructurada MINI y las escalas de evaluación del cambio e incapacidad, ampliamente usadas en los estudios clínicos farmacológicos y en la práctica clínica. Este investigador opina que una escala con pocos grados (como el CGI que tiene 7 niveles o la escala del ánimo de Leverich y Post que posee 4) posiblemente incluirá muchos pacientes distintos en un mismo valor (poco específico) y por otra parte para un mismo paciente que va cambiando (mejorando o empeorando) las modificaciones graduales o sutiles puede que no se reflejen en un cambio en la escala (poco sensible al cambio). Por otra parte una escala de 50 niveles diferentes puede ocasionar problemas para identificar que significa tener un puntaje de 75 ó 78 y que el paciente tenga problemas para recordar que quiso decir cuando registró un puntaje determinado.

David Sheehan opina que el número de niveles lo suficientemente sensible para detectar el cambio en un mismo paciente y lo suficientemente específico para

agrupar pacientes más o menos homogéneos es el 10. Donde 0 es la eutimia o el nivel basal y 10 es el valor más extremo. Se puede expresar en términos de porcentaje (30% hacia arriba o hacia abajo) o se puede dividir la escala en tres niveles (bajo 1-2-3, intermedio 4-5-6 y alto 7-8-9) siendo el 10 extremo. Dentro de cada uno de estos niveles uno puede además solicitar al paciente que elija un grado de los tres para reflejar más precisamente el ánimo. Esta gradación tiene un alto grado de sensibilidad para el cambio (ver figura 7).

Figura 7. Escala de Sheehan.

En mi opinión el método de David Sheehan es óptimo en la clínica porque además de las razones ya descritas, la escala basada en la incapacidad de Leverich y Post puede ser confuso en la práctica, puesto que la incapacidad del paciente depende también de otros factores además del ánimo. Por ejemplo del nivel de funcionamiento en la eutimia: pacientes que usualmente funcionan por sobre la media mantendrán desempeños buenos a pesar de un cambio anímico intenso y viceversa con pacientes que presentan dificultades en su rendimiento aun en eutimia. También por el tipo de síntomas, muchas veces la ansiedad o más bien los mecanismos para enfrentar la ansiedad (evitación) así como la victimización, determinan el grado de funcionamiento. También el estatus cognitivo no necesariamente es proporcional a la intensidad del cambio anímico, siendo importante en determinar la capacidad funcional. La necesidad de internación (que debiera ser registrado con un 4 en la escala de Post) no siempre refleja el nivel de intensidad de síntomas del paciente, ya que por ejemplo el riesgo suicida puede estar determinado por factores asociados a la personalidad y no necesariamente al cambio anímico.

Por otra parte, es importante señalar en el caso de la escala de Sheehan, que la valoración den un puntaje en manía o depresión no solo es una apreciación general o vaga del estado del paciente, "una impresión", sino una integral de los elementos que involucran el cambio anímico. En el caso de la depresión: ánimo propiamente tal, sueño, interés, culpa, energía, apetito, aspectos cognitivos, ideas suicidas, etc. En el caso de manía: distractibilidad, disminución de la necesidad de sueño, grandiosidad, fuga de ideas, conductas de riesgo, etc. Nivel de irritabilidad en caso de los episodios mixtos. Ver figura 8 para una comparación de los tres métodos de registro de ánimo.

Figura 8. Comparación de los tres sistemas de registro.

Otros aspectos del registro.
Generales. La gráfica se debe realizar con líneas rectas, no curvas o entre niveles (dependiendo del tipo de escala que utilicemos, ver antes). Cuándo el paciente no recuerda con claridad la presencia de un episodio pasado o su fecha exacta, es importante de todas formas dejar un recordatorio de esa duda; para ello se puede dibujar el episodio con línea punteada.

Síntomas psicóticos e internaciones. Los síntomas psicóticos se pueden registrar achurando horizontalmente el episodio. Las internaciones llenando completamente el cuadro correspondiente.

Episodios mixtos. Cuando se presenta un episodio mixto "DSM IV", es decir que cumple criterios tanto para manía como para depresión, puede registrarse con una barra hacia arriba y otra hacia abajo con un achurado interior, como se aprecia en la figura 8. Cuando hay episodios con mixtura subsindromática es importante registrarlo de la manera apropiada. Por ejemplo en el caso de una depresión con dos o tres síntomas ("depresión agitada") de exaltación usualmente se grafica achurando en forma oblicua el interior del

cuadro dibujado por debajo de la línea basal. De la misma forma cuando existe un episodio de exaltación con dos o tres síntomas depresivos, esta se grafica con un cuadro achurado en forma oblicua sobre la línea basal. En mi opinión cuando existen algunos síntomas del polo opuesto, en especial en los casos de depresión con 1,2 o 3 síntomas de exaltación es importante además de registrar el polo predominante bajo la línea basal, colocar sobre la línea algunas líneas verticales que indiquen la presencia de estos síntomas. La razón es poder registrar visualmente en forma clara la presencia de exaltación que finalmente determina el nivel de inestabilidad del paciente. Registrarlo sólo como un cuadro depresivo achurado puede ser equívoco visualmente.

Otros aspectos a registrar:

Medicamentos
Después del ánimo posiblemente los tratamiento a los cuales el paciente está o ha estado expuesto sea lo más relevante de registrar. Para ello se traza una línea de distinto color o característica (punteada o con líneas) para cada uno de los medicamentos usados y se anotan las dosis correspondientes, especialmente cuando se modifican.

Eventos vitales
Estos se registran haciendo una entrada con una flecha y el evento sobre la línea del tiempo. Es de mucha utilidad para reconocer eventos desencadenantes del pasado y poder aprender, eventualmente, cuales son las vulnerabilidades del paciente y qué eventos pueden ser potencialmente desestabilizadores para un paciente determinado. Para ello uno puede realizarse las siguientes preguntas respecto al evento para estimar la característica que tiene en común con otros eventos del pasado.

- ¿Qué tan deseado?
- ¿Qué sensación de control tiene el paciente en relación al evento?
- ¿Qué tan anticipado o esperado?
- ¿Qué tan perturbador?

- ¿Qué tanto podría afectar la autoestima?

Por ejemplo para pacientes con ansiedad generalizada comorbida, que se preocupan en exceso y les cuesta controlar la preocupación, los eventos que aumentan la incertidumbre o donde se pierde la sensación de control (embarazo, enfermedad de un hijo, etc.) son particularmente ansiogénicos y potencialmente desestabilizantes. Pacientes que dependen mucho del concepto de sí mismos pueden sufrir intensamente ante eventos que afecten la autoestima (un descenso en el sueldo o cambios en el estado de salud que signifique una merma funcional o un perjuicio estético por ejemplo).

Sueño
Se registra el número de horas de sueño efectivo durante la noche. No se incluyen las siestas. En el registro electrónico chronorecord existe la posibilidad de registrar el tiempo que pasa el paciente en la cama durmiendo y en vigilia, lo que puede ser también un dato útil.

Peso
Sabemos el efecto que puede tener sobre el peso y el metabolismos algunos de los medicamentos que utilizamos durante el tratamiento, por lo que un control del peso mensual (si lo hacemos mejor aun, también de la circunferencia abdominal y la presión arterial) es necesario para monitorizar los efectos secundarios de los fármacos, así como también las fluctuaciones asociadas a cambios anímicos o comorbilidades (trastornos alimentarios por ejemplo).

Síntomas
Durante el trastorno es importante que queden registrados algunos síntomas relevantes. La psicosis por ejemplo que se da durante un episodio maníaco o depresivo puede registrarse achurando la barra horizontalmente. La irritabilidad o la angustia de la misma

forma puede registrarse usando una escala de intensidad "tipo Sheehan" (del 0 al 10 donde 0 es mínimo y 10 es extremo).

Comorbilidades
Es sabido la amplia comorbilidad psiquiátrica de los trastornos del ánimo. Muchas de ellas se relacionan o pueden fluctuar junto con los episodios anímicos, por lo que llevar un registro de ello puede ser útil en varios sentidos. Por ejemplo en el caso del pánico puede empeorar con la depresión y particularmente con los episodios mixtos. La ansiedad social empeora con la depresión y mejora con la euforia, por lo que una "desaparición" de la ansiedad social puede indicar niveles subumbrales de elevación anímica.

Ciclos menstruales
Se pueden registrar con marcas de color (rojo usualmente) en la línea basal, lo que ayuda a detectar fluctuaciones catameniales (ver figura 9).

Intentos suicidas
Se pueden registrar con una flecha y una letra Ⓢ.

Exámenes de laboratorio y Eventos adversos de fármacos, otros.
Un registro muy completo puede contener mucha información. Sin embargo tiene que estar al servicio de la lectura por lo que es deseable sea lo más ordenado y legible posible, de esa forma poder ilustrar lo que ha ocurrido como si fuese una línea de tiempo histórica.

¿Para qué sirve un registro de los estados de ánimo?

Sirve para:

1. **Diagnosticar**

   Registrar dos variables como son los estados de ánimo y la medicación a la que ha estado expuesto un paciente puede permitir identificar a un paciente del espectro

bipolar, por ejemplo al constatar que los episodios recurren a pesar del tratamiento antidepresivo, como si estos hubiesen "perdido su efecto"; o que los episodios duran lo mismo independiente de los cambios de tratamiento. En estos pacientes muchas veces la prueba terapéutica (bien hecha) es la prueba diagnóstica, lo que vale la pena tenerla registrada (ver figura 10).

Figura 10. Mujer 40 años con episodios depresivos recurrentes que mejoran con estabilizador del ánimo.

2. Aprender

Una de las características fundamentales del trastorno bipolar es la recurrencia. Este es un fenómeno que depende del carácter de la enfermedad; algunos pacientes presentaran ciclos frecuentes (varios al año), otros estacionales o cada varios años, etc. Por lo tanto el objetivo del tratamiento es romper el curso de la enfermedad e interrumpir estos ciclos, o lo que es más frecuente permitir que estos sean más alejados y menos intensos, para dar pasos a períodos mayores de eutimia y que los periodos sintomáticos sean menos perturbadores e incapacitantes. Por ello solo la visión longitudinal de la enfermedad, idealmente en forma gráfica, permitirá verificar si ello ocurre o no. Muchas veces el paciente y uno también se conforman con la remisión de un episodio. La sorpresa al ver el registro ocurre cuando uno constata que el episodio duró más o menos lo mismo que los episodios anteriores, más aun en la misma época del año. Esto no es cambiar el curso de las cosas. Revisar el patrón anterior permite aprender del carácter de la enfermedad.

También permite aprender de los factores precipitantes, de las variaciones estacionales o de otros fenómenos. Por ejemplo algunos pacientes al sentirse mejor (usualmente después de una depresión o al comenzar un episodio de

euforia) disminuyen por su cuenta (o por cuenta de su médico) las dosis de medicamentos, junto antes que se desencadene el siguiente episodio. Ese paciente (y su médico) necesita mejorar su capacidad de reconocer tempranamente los episodios y el carácter recurrente de la enfermedad, por lo que la psicoterapia es la herramienta que se necesita agregar en estos casos (o revisarla si es que el paciente ya está en psicoterapia).

También el tiempo en que ocurren los episodios o la duración puede permitir considerar algunas opciones terapéuticas, como la luminoterapia en las depresiones estcionales, o la respuesta a otras formas de tratamiento como terapia electroconvulsiva o deprivación de sueño.

Figura 11. Hombre 26 años, trastorno bipolar, patrón estacional, recurrencia asociada a uso de antidepresivos y suspensión de estabilizadores.

3. **Decidir**

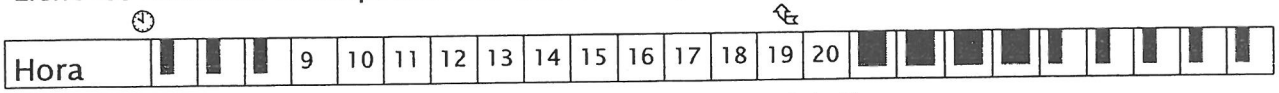
En ocasiones estando claro el diagnóstico y a pesar de haber revisado con acuciosidad el carácter que ha tenido la enfermedad hasta ahora, puede ser que no haya encontrado un esquema terapéutico que cambie el curso de la enfermedad. En estos casos el registro nos permitirá tomar decisiones como por ejemplo agregar un estabilizador más, mejorar las dosis de los existentes, evitar que el paciente tenga síntomas psicóticos optimizando su tratamiento, tomando oportunamente la decisión de agregar luminoterapia, realizar terapia electroconvulsiva o agregar medidas terapeúticas usualmente más "tardías" como clozapina (que muchas veces debería ser una medida más temprana y ahorrarse algunos meses o años de sufrimiento). Para todas estas decisiones es importante tener una visión clara tanto para uno como para el paciente y su familia de cual es la racionalidad que hay detrás de ellas, a pesar que sean intentos cuyo resultado (tal como ocurre con la mayoría de nuestras terapia) es incierto (figura 12).

Gráfico de Seguimiento Semanal

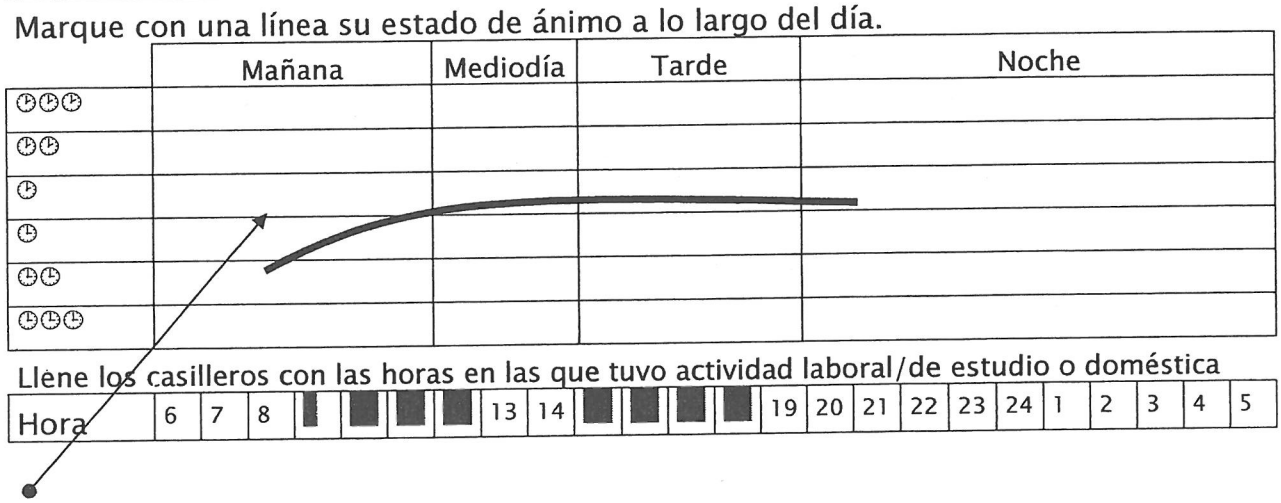
Las personas con Trastorno Bipolar pueden tener pequeñas oscilaciones de su ánimo, sueño y/o energía a lo largo del día y la semana. Es muy importanto estar al tanto de las mismas.
Por favor descríbanos su patrón diario de sueño, humor y actividad a lo largo del día y de la semana. Observe como se ha utilizado el siguiente esquema como ejemplo y repita luego con sus propias impresiones. Puede consultar a sus hallegados para corroborarlas. Use uno de estos esquemas para cada día de la semana.

Ejemplo

Llene los casilleros correspondientes a las horas que Ud. Ha dormido durante el día.



Marque con una línea su estado de ánimo a lo largo del día.



Llene los casilleros con las horas en las que tuvo actividad laboral/de estudio o doméstica

Utilice la línea que separa la los íconos 🕒 y 🕒 para marcar "normalidad".

La siguiente regla para marcar sus estados de ánimo

🕒	Un poco acelerado	🕒	Un poco deprimido
🕒🕒	Bastante acelerado	🕒🕒	Bastante deprimido
🕒🕒🕒	Muy acelerado	🕒🕒🕒	Muy deprimido

Puede utilizar el espacio restante para anotaciones al margen de los gráficos.

Muchas gracias.

Consigne sus datos a continuación

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Inicio del Gráfico: ___/_____/_____

Fecha de Conclusión del Gráfico: ___/_____/_____

Día 1 (_____)

Llene los casilleros correspondientes a las horas que Ud. Ha dormido durante el día.

Hora	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Marque con una línea su estado de ánimo a lo largo del día. Utilice la línea que separa la los íconos y para marcar "normalidad".

	Mañana	Mediodía	Tarde	Noche

Llene los casilleros con las horas en las que tuvo actividad laboral/de estudio o doméstica

Hora	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Anotaciones:

Día 2 (_____)

Llene los casilleros correspondientes a las horas que Ud. Ha dormido durante el día

Hora	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Marque su estado anímico a lo largo del día

	Mañana	Mediodía	Tarde	Noche

Llene los casilleros con las horas en las que tuvo actividad laboral/de estudio o doméstica

Hora	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Anotaciones:

Día 3 (_____)

Llene los casilleros correspondientes a las horas que Ud. Ha dormido durante el día

Hora	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Marque su estado anímico a lo largo del día

	Mañana	Mediodía	Tarde	Noche
🕒🕒🕒				
🕒🕒				
🕒				
🕒				
🕒🕒				
🕒🕒🕒				

Llene los casilleros con las horas en las que tuvo actividad laboral / de estudio o doméstica

Hora	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Anotaciones:

Día 4 (_____)

Llene los casilleros correspondientes a las horas que Ud. Ha dormido durante el día

Hora	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Marque su estado anímico a lo largo del día

	Mañana	Mediodía	Tarde	Noche
🕒🕒🕒				
🕒🕒				
🕒				
🕒				
🕒🕒				
🕒🕒🕒				

Llene los casilleros con las horas en las que tuvo actividad laboral/de estudio o doméstica

Hora	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Anotaciones:

Día 5 (_____)

Llene los casilleros correspondientes a las horas que Ud. Ha dormido durante el día

Hora	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Marque su estado anímico a lo largo del día

	Mañana	Mediodía	Tarde	Noche
🕒🕒🕒				
🕒🕒				
🕒				
🕒				
🕒🕒				
🕒🕒🕒				

Llene los casilleros con las horas en las que tuvo actividad laboral/de estudio o doméstica

Hora	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Anotaciones:

Día 6

Llene los casilleros correspondientes a las horas que Ud. Ha dormido durante el día

Hora	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Marque su estado anímico a lo largo del día

	Mañana	Mediodía	Tarde	Noche
🕒🕒🕒				
🕒🕒				
🕒				
🕒				
🕒🕒				
🕒🕒🕒				

Llene los casilleros con las horas en las que tuvo actividad laboral/de estudio o doméstica

Hora	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Anotaciones:

Día 7

Llene los casilleros correspondientes a las horas que Ud. Ha dormido durante el día

Hora	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Marque su estado anímico a lo largo del día

	Mañana	Mediodía	Tarde	Noche
🕒🕒🕒				
🕒🕒				
🕒				
🕒				
🕒🕒				
🕒🕒🕒				

Llene los casilleros con las horas en las que tuvo actividad laboral/de estudio o doméstica

Hora	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Anotaciones:

Finalmente conteste las siguientes preguntas

¿Tomó la medicación correctamente a lo largo de esta semana?

a) Si tal cual me es indicada
b) Tuve algunas imprecisiones
c) No tomé la medicación

¿ Ha tenido que afrontar esta semana algún/os problema/s o noticia/s (buena o mala) que sean para Usted muy movilizantes?.

a) No
b) Si: Por favor comentela/s, no olvide poner cuando ha sucedido (día y hora).

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

1

Ítems	*Criterios operativos de valoración*
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. *Insight* (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ)

Instrucciones: **Por favor, responda cada pregunta lo mejor que pueda, marcando con un círculo la opción elegida.**

1. ¿Ha tenido alguna vez algún período de tiempo en el que no estaba en su estado habitual y		
...se sintiera tan bien o tan hiperactivo que otras personas han pensado que no estaba en su estado normal o que estaba tan hiperactivo que tenía problemas?	**Sí**	**No**
... estaba tan irritable que gritaba a la gente o se ha peleado o discutido?	**Sí**	**No**
... se sentía mucho más seguro que normalmente?	**Sí**	**No**
... dormía mucho menos de lo habitual y creía que realmente no era importante?	**Sí**	**No**
... estaba más hablador y hablaba mucho más rápido de lo habitual?	**Sí**	**No**
... sus pensamientos iban más rápidos en su cabeza o no podía frenar su mente?	**Sí**	**No**
... se distraía fácilmente por las cosas de alrededor o ha tenido problemas para concentrarse o seguir el hilo?	**Sí**	**No**
... tenía mucha más energía de la habitual?	**Sí**	**No**
... estaba mucho más activo o hacía muchas más cosas de lo habitual?	**Sí**	**No**
... era mucho más social o extrovertido de lo habitual, por ejemplo, llamaba a los amigos en plena noche?	**Sí**	**No**
... tenía mucho más interés de lo habitual por el sexo?	**Sí**	**No**
... hizo cosas que eran inusuales para usted o que otras personas pudieran pensar que eran excesivas, estúpidas o arriesgadas?	**Sí**	**No**
... ha gastado dinero que le trajera a problemas a usted o a su familia?	**Sí**	**No**
2. Si ha respondido SÍ a más de una de las cuestiones anteriores, ¿han ocurrido varias de estas durante el mismo período?	**Sí**	**No**
3. ¿Cuánto problema le han causado alguna de estas cosas (en el trabajo; problemas con la familia, el dinero o legales; metiéndose en discusiones o peleas)? Por favor señale una sola respuesta Sin Problema ___ Pequeño___ Moderado___ Serio___		
4. ¿Ha tenido alguno de sus parientes (p. ej., hijos, hermanos, padres, abuelos, tías, tíos) una enfermedad de tipo maníaco-depresiva o trastorno bipolar?	**Sí**	**No**
5. ¿Le ha dicho alguna vez un profesional de la salud que usted tiene una enfermedad maníaco-depresiva o trastorno bipolar?	**Sí**	**No**

5.12. Escala de Young para la Evaluación de la Manía (Young Mania Rating Scale, YMRS)

1. *Euforia*
   0. Ausente
   1. Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta
   2. Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo/a, alegre
   3. Elevada e inapropiada
   4. Claramente eufórico/a, risa inadecuada, canta durante la entrevista, etc.

2. *Hiperactividad*
   0. Ausente
   1. Subjetivamente aumentada
   2. Vigoroso/a, hipergestual
   3. Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud (puede ser calmado/a)
   4. Agitación o hiperactividad constante (no puede ser calmado/a)

3. *Impulso sexual*
   0. Normal, no aumentado
   1. Posible o moderadamente aumentado
   2. Claro aumento al preguntar
   3. Referido como elevado de forma espontánea, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales
   4. Actos o incitaciones sexuales evidentes (hacia pacientes, personal o entrevistador)

4. *Sueño*
   0. No reducido
   1. Disminución en menos de 1 hora
   2. Disminución en más de 1 hora
   3. Refiere disminución de la necesidad de dormir
   4. Niega necesidad de dormir

5. *Irritabilidad*
   0. Ausente
   2. Subjetivamente aumentada
   4. Irritabilidad fluctuante durante la entrevista, episodios recientes de rabia o enfado
   6. Predominantemente irritable durante la entrevista, brusco y cortante
   8. Hostil, no colaborador/a, entrevista imposible

6. *Expresión verbal*
   0. No aumentada
   2. Sensación de locuacidad
   4. Aumentada de forma fluctuante, verborrea ocasional
   6. Claramente aumentada en ritmo y cantidad, difícil de interrumpir, intrusiva
   8. Verborrea ininterrumpible y continua

7. *Trastornos del curso del pensamiento y el lenguaje*
   0. Ausentes
   1. Circunstancialidad, distraibilidad moderada, aceleración del pensamiento
   2. Distraibilidad clara, descarrilamiento, taquipsiquia
   3. Fuga de ideas, tangencialidad, discurso difícil de seguir, rimas, ecolalia
   4. Incoherencia, ininteligibilidad, comunicación imposible

8. *Trastornos del contenido del pensamiento*
   0. Ausentes
   2. Planes discutibles, nuevos intereses
   4. Proyectos especiales, misticismo
   6. Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia
   8. Delirios, alucinaciones

5.12. Escala de Young para la Evaluación de la Manía (Young Mania Rating Scale, YMRS)

9. *Agresividad*
   0. Ausente, colaborador/a
   2. Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a
   4. Querulante, pone en guardia
   6. Amenaza al entrevistador, habla a gritos, entrevista difícil
   8. Claramente agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible

10. *Apariencia*
   0. Higiene e indumentaria apropiada
   1. Ligeramente descuidada
   2. Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada
   3. Despeinado/a, semidesnudo/a, maquillaje llamativo
   4. Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria extravagante

11. *Conciencia de enfermedad*
   0. Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento
   1. Según él/ella, posiblemente enfermo/a
   2. Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad
   3. Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad
   4. Niega cualquier cambio de conducta